ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು: ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ

(ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಕೆಲವು ಪ್ರಾತಿನಿಧಿಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

ಡಾಕ್ಟರ್ ಆಫ್ ಫಿಲಾಸಫಿ (ಪಿಎಚ್.ಡಿ.)ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ
ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ

ಸಂಶೋಧಕ

ಶಿವಪ್ಪ ಬಸಪ್ಪ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು

ಡಾ.ಶೈಲಜ ಇಂ. ಹಿರೇಮಠ

ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಹಾಗೂ ಪ್ರವಾಚಕರು

ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ

ಭಾಷಾ ನಿಕಾಯ

ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ ೫೮೩ ೨೭೬

೨೦೦೨

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು: ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ

(ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಕೆಲವು ಪ್ರಾತಿನಿಧಿಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ)

ಡಾಕ್ಟರ್ ಆಫ್ ಫಿಲಾಸಫಿ (ಪಿಎಚ್.ಡಿ.)ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ
ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ

ಸಂಶೋಧಕ

ಶಿವಪ್ಪ ಬಸಪ್ಪ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು

ಡಾ.ಶೈಲಜ ಇಂ. ಹಿರೇಮಠ

ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಹಾಗೂ ಪ್ರವಾಚಕರು

ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ

ಭಾಷಾ ನಿಕಾಯ

ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ ೫೮೩ ೨೭೬

೨೦೦೭

ಸಂಶೋಧಕರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

'ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು: ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ'ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಡಾ. ಶೈಲಜ ಇಂ. ಹಿರೇಮಠ ಪ್ರವಾಚಕರು, ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ ಅವರ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗವನ್ನು ಈ ಮೊದಲು ಯಾವುದೇ ಪದವಿಗಾಗಿ ಅಥವಾ ಇತರೆ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಲೀ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲವೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಶಿವಪ್ಪ ಬಸಪ್ಪ
ಸಂಶೋಧಕರು
ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ದಿನಾಂಕ : 2. 10. ೨೦೦೭
ಸ್ಥಳ : ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ ಶಿವಪ್ಪ ಬಸಪ್ಪ ಅವರು 'ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು: ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ'ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ನನ್ನ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರು ಪಿಎಚ್.ಡಿ. ಪದವಿಗಾಗಿ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಈ ಮೊದಲು ಯಾವುದೇ ಪದವಿಗಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಡಾ.ಶೈಲಜ ಇಂ. ಹಿರೇಮಠ
ಪ್ರವಾಚಕರು ಮತ್ತು ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರು
ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗ
ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

ದಿನಾಂಕ : 2-10- ೨೦೦೭
ಸ್ಥಳ : ವಿದ್ಯಾರಣ್ಯ

ಪರಿವಿಡಿ

* * *

ಅಧ್ಯಾಯ : ಒಂದು

ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ವೈಧಾನಿಕತೆ

೧.೧ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

೧.೨ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ವೈಧಾನಿಕತೆ

೧.೩ ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ವರೂಪ

೧.೪ ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ

೧.೫ ಇದುವರೆಗೂ ನಡೆದ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಮೀಕ್ಷೆ

೧.೧ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಇಂದು ಮಾನವರ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಅದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವೂ ಹೌದು. ಆದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಒಂದೇ ನಾಣ್ಯದ ಎರಡು ಮುಖಗಳು ಎನ್ನಲಾಗುವುದು. ವಿಜ್ಞಾನದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಕೊಡುಗೆ ನೀಡಿದೆ. ಇದರಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಗಣನೀಯ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣಾ ಸೇವೆಗಳು ಹಳ್ಳಿಯ ಜನತೆಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಲುಪದೇ ಹೋಗಿವೆ! ಏಕೆಂದರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಶ್ರೇಣೀಕರಣದಿಂದ ಕೂಡಿರುವ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಜಾತಿ-ವರ್ಗ-ವರ್ಣ-ಅಂತಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ತಾರತಮ್ಯಗಳಿರುವಂತೆ ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿ ತಾರತಮ್ಯವೂ ಇದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀ-ಪುರುಷರಿಬ್ಬರೂ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳಿವೆ. ಹೀಗೆ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಲಿಂಗ ಸಂಬಂಧಿ ಅಸಮಾನತೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಮೂಲಭೂತ ಸಂಗತಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯವೂ ಒಂದು. ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣನ್ನು ಎರಡನೆ ದರ್ಜೆಯ ಪ್ರಜೆಯಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿದಂತೆ ಅವಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯವೂ ಕೂಡ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಪ್ರಗತಿಯ ಲಾಭ ಕೇವಲ ಹಣವಿದ್ದವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಎನ್ನುವಂತಾಗಿದೆ. ಬಡ-ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೈಟೆಕ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳು ಗಗನ ಕುಸುಮವಾಗಿವೆ. ಅನಕ್ಷರತೆ, ಬಡತನ, ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸಹ ಪಡೆಯುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದಲೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಆದರೆ 'ಆರೋಗ್ಯವೇ ಭಾಗ್ಯ' ಎಂಬ ನಾಣ್ನುಡಿಯಂತೆ ಸರಕಾರ ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ೧೯೯೭ ಮೇ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ ಜರುಗಿದ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಾವೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ

ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಉತ್ಪಾದಕ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಹೊಂದಲು ಅಗತ್ಯವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತೆ ಸದಸ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಗೆ ಕರೆ ನೀಡಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಕುರಿತಾದ ಸಮಗ್ರ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಯೋಜನೆಯಂತೆ '೨೦೦೦ನೇ ಇಸ್ವಿಯೊಳಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಘೋಷಣೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು.

ಆದರೂ ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೆ ಗಮನ ಹರಿಸಿದಾಗ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮರಣವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ''ಪ್ರಸ್ತುತ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೧೯೫ ಹೆರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಇದು ತಮಿಳುನಾಡು (೭೯) ಮತ್ತು ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶ (೧೫೯) ಗಳಲ್ಲಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಈ ರೀತಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಒಟ್ಟು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ದರದಲ್ಲಿ ೭ ತಾಯಂದಿರು ಗರ್ಭಪಾತದಿಂದಾಗಿ, ೨೦ ತಾಯಂದಿರು ಟ್ಯಾಕ್ಸೀಮಿಯಾದಿಂದಾಗಿ, ೨೭ ತಾಯಂದಿರು, ಹೆಮೊರೇಜ್ (ರಕ್ತಸ್ರಾವ)ದಿಂದಾಗಿ, ೩೩ ತಾಯಂದಿರು ಪ್ಯೂರ್‌ಪೆರಲ್‌ಸೆಪ್ಸಿಸ್ (ರಕ್ತದ ನಂಜುರೋಗ)ದಿಂದಾಗಿ, ಮತ್ತು ೧೩.೩ ತಾಯಂದಿರು ರಕ್ತ ಹೀನತೆಯಿಂದಾಗಿ ಸಾವಿಗೀಡಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ''. (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ: ೨೦೦೫; ಪು. ೧೪೯-೧೫೦)

ಅದೇ ರೀತಿ ''ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸದಿರುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದಾಗಿ ನರಳುತ್ತಿರುವ ೧೫ ರಿಂದ ೪೯ ವಯೋಮಾನದ ವಿವಾಹವಾದ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಗಾಧವಾಗಿದೆ. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವಯೋಮಾನದಲ್ಲಿರುವ ಶೇ. ೪೨ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದು ಎಲ್ಲ ವಯೋಮಾನದ ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಯುವ ವಯಸ್ಸಿನ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಇದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು ಆತಂಕಕ್ಕೆಡೆಮಾಡಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಈ ಗುಂಪು ರಾಜ್ಯದ ಸಂತಾನ ಫಲವಂತಿಕೆ ಹೊಂದಿದ ಮಹಿಳೆಯರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಾಗಿದೆ''. (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ: ೨೦೦೫; ಪು. ೧೫೬) ಅಂತೆಯೇ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವಯೋಮಾನದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಸಂಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ''ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ. ೩೯ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ಕೊರತೆಯ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ, ಕಡಿಮೆ ವರಮಾನದ ಮಹಿಳೆಯರೂ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ಕೊರತೆ ಪ್ರಮಾಣ ತೀವ್ರವಾಗಿದೆ''. (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ: ೨೦೦೫; ಪು. ೧೫೬) ಈ ರೀತಿಯ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರ ಹಾಗೂ ಶಿಶುಮರಣವನ್ನು ಬಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಹೀಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದನ್ನೆಲ್ಲ ಗಮನಿಸಿದರೆ ಭಾರತ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗೊಂಡು ೬೦ ವರ್ಷಗಳು ಗತಿಸಿದರೂ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮುಕ್ತರಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನು ಹಿಂದುಳಿದ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಅದರಲ್ಲೂ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯವಂತೂ ತುಂಬಾ ಶೋಚನೀಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ''ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ಕಂಡುಬಂದರೂ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಗಣನೀಯವಾದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇವೆ. ರಾಜ್ಯದ ಈಶಾನ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕದ ಅಂದರೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬೀದರ್, ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿ ಹಾಗೂ ವಾಯುವ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕದ ಎರಡು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬಾಗಲಕೋಟೆ ಮತ್ತು ಬಿಜಾಪುರ ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳು ರಾಜ್ಯದ ಉಳಿದ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅತ್ಯಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿವೆ''. (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ: ೨೦೦೫; ಪು. ೧೪೧)

ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಂದು ಆತಂಕಕಾರಿ ವಿಷಯವೆಂದರೆ, ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಫಲವತ್ತತೆಯ ದರ ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದ ದರಕ್ಕಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಫಲವತ್ತತೆಯ ದರ ೨.೪ ಇದ್ದರೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅದು ೩.೩ ಇದೆ (೨೦೦೧). ಫಲವತ್ತತೆ ದರವೆಂದರೆ, ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳೆ ತನ್ನ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು ೧೬ ರಿಂದ ೪೫ ವರ್ಷಗಳ ವಯೋಮಾನದಲ್ಲಿ ಹೆರುವ ಮಕ್ಕಳ ಸರಾಸರಿ ಸಂಖ್ಯೆ. ಹೀಗೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಫಲವತ್ತತೆಯ ದರ ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದು ಈ ಭಾಗದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ತುಂಬಾ ಅಹಿತಕರವಾದದ್ದಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಮಹಿಳೆಯರು ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿವಿಧ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಸಾವಿಗೀಡಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅತಿ ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಮದುವೆಯಾದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ೩೦ ವರ್ಷದ ಒಳಗಡೆಯೇ ನಿಸರ್ಗಕ್ಕೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ಫಲವಂತಿಕೆ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಇದು ಕೂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅತ್ಯಂತ ಆಂತಕಕಾರಿಯಾದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಇನ್ನು ಶಿಶುಮರಣ ದರ, ಜನನ ದರ ಮತ್ತು ಮರಣ ದರಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ, ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ೫೫ ರಷ್ಟು ಶಿಶುಮರಣ ದರವಿದ್ದರೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೬೨ ರಷ್ಟಿದೆ. ಜನನ ದರವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೨೨.೪ ರಷ್ಟು ಜನನ ದರವಿದ್ದರೆ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨೭.೪೨ ರಷ್ಟಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಮರಣ ದರವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಒಟ್ಟು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೭.೫ ರಷ್ಟು ಮರಣ ದರವಿದ್ದರೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೮.೨ ರಷ್ಟಿದೆ.

ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ '೨೦೦೦ನೇ ಇಸ್ವಿಯೊಳಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಘೋಷಣೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಹುಸಿಹೋಗಿದೆ. ಏಕೆ ಹೀಗಾಗುತ್ತಿದೆ? ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ್ದಾಗಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಏಕೆ ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ? ಅಥವಾ ಮಹಿಳೆಯರು ವಿವಿಧ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುವ ಪ್ರಮಾಣ ಏಕೆ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯ

ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾಳಜಿ ಯಾವ ಬಗೆಯದು? ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾವವು? ಈ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ? ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೆ? ಅಂದರೆ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿದೆಯೆ? ಎನ್ನುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

೧.೨ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ವೈಧಾನಿಕತೆ

ಉದ್ದೇಶ

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿದೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ,

* ಈಗಾಗಲೇ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿದೆಯೆ? ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದು.
* ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಏನಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು.
* ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳೇನು? ಆ ಬಗೆಯ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳಿಗಿರುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದು.
* ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡಿರುವ ಆದ್ಯತೆ ಯಾವ ರೀತಿಯದು ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದು.
* ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾವುವು? ಮತ್ತು ಅವುಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿಗೆ ಬಂದಿವೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
* ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಯಾದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು.
* ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೇಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿಯುವುದು.
* ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಮಹಿಳೆಯರ ನಡುವಿನ ಅಂತರದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಪುನರ್ ರಚನೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುವುದು.
* ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು.

ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ವೈಧಾನಿಕತೆ

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕದ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶವಾದ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ವಲಯದಲ್ಲಿರುವ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಬೀದರ್, ಗುಲಬರ್ಗಾ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ ಮತ್ತು ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗೆ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದ್ದು, ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಕೆಲವು ಪ್ರಾತಿನಿಧಿಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಅನುಲಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮೂಲಕ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೩೧ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ೫ ತಾಲ್ಲೂಕುಗಳಿಂದ ತಲಾ ಎರಡೆರಡು ಹಳ್ಳಿಗಳಂತೆ ಒಟ್ಟು ೧೦ ಹಳ್ಳಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕೇಂದ್ರವಿದ್ದ ಹಳ್ಳಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ದೂರದ ಹಳ್ಳಿಯೊಂದನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಹಳ್ಳಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ರ್‍ಯಾಂಡಮ್ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ದ ಪ್ರತಿ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ, ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ, ಸಂದರ್ಶನ, ಚರ್ಚೆಗಳ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಂದ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈಗಾಗಲೇ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಕಟಿತ ಹಾಗೂ ಅಪ್ರಕಟಿತ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಅನುಷಂಗಿಕವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜನಗಣತಿಯ ವರದಿಗಳನ್ನು, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯದ ಸರಕಾರಿ ವರದಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಸಾಂಖ್ಯಿಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಾರ್ಯಾಲಯಗಳಿಂದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಹೀಗೆ ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ಅನುಷಂಗಿಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಮತ್ತು ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕೇಂದ್ರವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಸಮಾಜ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಗ್ರಹಿಸಿದ ಮತ್ತು ಗ್ರಹಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆ ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡಿದ ಕಾಳಜಿ ಯಾವ ಬಗೆಯದು ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಸಂಗತಿ ಮೇಲುನೋಟಕ್ಕೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನೋಡುವುದನ್ನು ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಪ್ರಶ್ನಿಸುವ ಮತ್ತು ಅದರ ಹಿಂದಿರುವ ತಾತ್ವಿಕತೆಯನ್ನು ಅರ್ಥೈಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ್ದು.

೧.೩ ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ವರೂಪ

ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧವು ಒಟ್ಟಾರೆ ಏಳು ಅಧ್ಯಾಯಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಈ ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮೊದಲ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು, ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ವರೂಪ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ವೈಧಾನಿಕತೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕುರಿತು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಸಮೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಎರಡನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತದ್ದಾಗಿದೆ. ಈವರೆಗೂ ನಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನಗಳೇನು? ಆ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿದೆಯೇ? ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸುತ್ತಲೇ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಚಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಏನಾಗಿದೆ? ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳೇನಿವೆ? ಆ ಬಗೆಯ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣಗಳೇನು ಎಂಬುದನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಮೂರನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು 'ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ' ಎನ್ನುವ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯದಾಗಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಈವರೆಗೂ ಜಾರಿಗೊಂಡ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಯಾವ ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿವೆ? ಅವುಗಳ ಹಿಂದಿರುವ ಉದ್ದೇಶಗಳೇನು? ಅವುಗಳು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೇಗೆ ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ? ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಒತ್ತು ಕೊಟ್ಟಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಾದ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೂ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೂ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಅಧ್ಯಾಯ ನಾಲ್ಕರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾವುವು? ಅವುಗಳನ್ನು ಯಾವಾಗ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು? ಯಾವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು? ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಸರಕಾರ ಯಾವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದೆ? ಅಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೇಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಲುಪಿಸುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿವೆಯೆ? ಎಂಬುದನ್ನು ಸಹ ಇಲ್ಲಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ ಜೊತೆಗೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗದ ಯೋಜನೆಗಳಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳಿಗಿರುವ ಮಿತಿ ಅಥವಾ ಲೋಪದೋಷಗಳೇನು? ಎಂಬುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಐದನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಯಾವ ರೀತಿ ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ? ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಅರಿವಿಗೆ ಬಂದಿವೆಯೆ? ಇವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವಿರದಿದ್ದರೆ ಈ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳೇನು? ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು

[illegible]

ಭಾಗವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಉಪಯೋಗ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿರುವ ಅಡೆತಡೆಗಳೇನು? ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು? ಆರೋಗ್ಯ ಅರಿವು ಕುರಿತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ಈ ಅಂಶಗಳನ್ನು ವಕ್ತೃಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯದ ಮೇರೆಗೆ ಕೆಲವು ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಆರನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯವು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತದ್ದಾಗಿದೆ. ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆಯೆ? ಅಂದರೆ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪಿಸುವ ಎಲ್ಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಈ ಪ್ರದೇಶವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆಯೆ? ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪದಿದ್ದರೆ ಆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಹಿಂದಿರುವ ಮೂಲಭೂತ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇನು ಮತ್ತು ಅವು ಎಲ್ಲಿ ಎಡುವುತ್ತಿವೆ? ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಚರ್ಚೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಬಂಧದ ಕೊನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯ 'ಸಮಾರೋಪ' ದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಕೊಂಡ ಫಲಿತಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅನುಬಂಧದಲ್ಲಿ ಆಕರ ಸೂಚಿ, ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು, ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮತ್ತು ಕೋಷ್ಟಕಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ.

೧.೪ ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವ

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕೇಂದ್ರವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಮಹಿಳಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿದ್ದು, ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೊಂದು ಹೊಸ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿದೆ. ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಗಾದ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಗತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಆಳವಾಗಿ ಚಿಂತಿಸುವ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಬೇರೂರಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ತಾರತಮ್ಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸುವ ಮತ್ತು ಈಬಗೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಧೋರಣೆಯ ಹಿಂದಿರುವ ತಾತ್ವಿಕತೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸುವ ಮಹತ್ವದ ಕೆಲಸ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ್ದಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ರೂಪಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಪರಿಭಾವಿಸಿರುವ ರೀತಿ ಯಾವ ಬಗೆಯದು? ಮತ್ತು ಆ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಉಪಯೋಗವಾಗುತ್ತಿವೆ? ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೇ? ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಚಿಂತನೆಯನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದಂತಹ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ಏನಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮತ್ತು ಆ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ಹಿಂದಿರುವ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವನ್ನುವಹಿಸಬಲ್ಲದು.

ಅಲ್ಲದೆ ಈಗಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿನ ಧೋರಣೆಗಳು ಬದಲಾಗಬೇಕೆಂಬ ಆಶಯದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ರೂಪುಗೊಂಡಿದ್ದು ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಜನರ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿರುವುದು ಕೂಡ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದ ಮಹತ್ವವಾಗಿದೆ.

೧.೫ ಇದುವರೆಗೂ ನಡೆದ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಮೀಕ್ಷೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಪುಸ್ತಕಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಅವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು, ರೋಗದ ವಿಧಾನ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು, ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ವಿಧಾನಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ. ಈ ರೀತಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡಿದ್ದು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಶಾಸ್ತ್ರಗಳ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ರಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ. ಆದರೆ ಕೆ.ಸರೋಜ ಅವರ **ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ** (೨೦೦೧) ಎಂಬ ಕೃತಿಯು ಮಹಿಳೆಯರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ಕೌಟುಂಬಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಾಗೂ ರಾಜಕೀಯ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಸ್ತ್ರೀಯರ ಅನುಭವಾತ್ಮಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಇದು ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಸ್ತ್ರೀ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ವಿಮರ್ಶಿಸುವ ಮತ್ತು ತಾತ್ವಿಕ ಚಿಂತನೆ ನಡೆಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

ಸ್ತ್ರೀಯರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿರುವ ಹಲವಾರು ನಂಬಿಕೆಗಳು, ಮಿಥ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಪೂರ್ವಗ್ರಹಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಸತ್ಯಕ್ಕೆ ದೂರವಾದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ವಿಮರ್ಶಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹೀಗೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕೇವಲ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕಲೆ ಹಾಕುವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ನಂಬಿಕೆಯ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸುವ ಇದುವರೆಗಿನ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಕೈಬಿಟ್ಟು ವೈಚಾರಿಕ ಮತ್ತು ಆನ್ವಯಿಕ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೃತಿಯು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಕ, ಇಳಿಯುತ್ತಲೇ ಇರುವ ಭಾರತೀಯ ಸ್ತ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ, ಆಹಾರ ಪೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ, ಭಾರತದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ, ಪ್ರಜನನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳುವಳಿಯ ಕಾಳಜಿಗಳ ಕುರಿತು ನಡೆಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ.

ಈ ಪುಸ್ತಕದ ಮಿತಿಯೆಂದರೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಹದಿಹರೆಯದ ಹುಡಗಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ, ವೃದ್ಧೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ, ಸ್ತ್ರೀಯರ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿಲ್ಲ.

ಆದರೂ ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಹಿಳಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ನಡೆಸಿದ ಮೌಲಿಕವಾದ ಅಧ್ಯಯನವಿದಾಗಿದೆ.

ನೇಮಿಚಂದ್ರ ಅವರ **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ** (೨೦೦೧) ಕೃತಿಯೂ, ಭಾರತದ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ವಿಮೋಚನೆಯ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆಗಳು ಎಂಬ ಲೇಖನವು, ಹಿಂದೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೇಗಿತ್ತು? ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ಇಲ್ಲದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೀಡಾದಾಗ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದರು? ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಯಾವಾಗಿನಿಂದ ತೊಡಗಿಕೊಂಡರು? ಅವರಿಗೆ ಆಗ ವೈದ್ಯರಂಗಕ್ಕೆ ಪ್ರವೇಶಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಇದ್ದ ಸವಾಲುಗಳೇನು? ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಬಂದ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಾರು? ಹೀಗೆ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿಗೆ ಬರುವುದರ ಹಿಂದಿನ ಒತ್ತಡಗಳೇನಾಗಿದ್ದವು ಎನ್ನುವ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ಬಂದ ಬಗೆ ಮತ್ತು ಆಗಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ರಚಿತವಾದ ಲೇಖನವಿದಾಗಿದೆ. ಇದೆ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 'ಗರ್ಭಧರಿಸುವ ಗಂಡುಗಳು' 'ಮಹಿಳಾ ವಿಮೋಚನೆ ಮತ್ತು ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್' ಎಂಬ ಮಹತ್ವದ ಲೇಖನಗಳೂ ಇವೆ.

ಎಸ್.ಎಸ್.ಹಿರೇಮಠ ಅವರು ಬರೆದ **ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಡೆದುಬಂದ ದಾರಿ** (೧೯೯೧) ಈ ಕೃತಿಯು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಹಿನ್ನಲೆ, ಅದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಆಶಯಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಆಳ-ಹರವಿನೊಂದಿಗೆ ಈವರೆಗೂ ಅದು ಕಂಡುಂಡ ಏಳು-ಬೀಳುಗಳ, ನೈಜ ಸಂಗತಿಗಳ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ಹಿಡಿದಿಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಕೃತಿಯು ನಾಲ್ಕು ಮುಖ್ಯ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು, ವಿಷಯದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಆಂದೋಲನದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿ ನಂತರ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹೇಗೆ ಬೆಳೆದು ಬಂದಿದೆ ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಮೂರನೆಯ ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ರಂಗಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವ ವಿಷಯವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ್ದು, ಕೊನೆಯ ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ ಏರುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಕಡಿವಾಣ ಹಾಕುವ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ ಸೂಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಗೆಗೆ ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಿದ ಮೌಲಿಕ ಕೃತಿ ಇದಾಗಿದೆ.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ವಿಸ್ತೃತ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಯದಿದ್ದರೂ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಕುರಿತಂತೆ ಕೆಲವು ಲೇಖನಗಳು ಮತ್ತು ಈ ಪ್ರದೇಶದ ನಡೆದ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಆಂಶಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂಗತಿಯ ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪವಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುವ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನವೆಂದರೆ (೨೦೦೦) ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಜೆ.ಕೃಷ್ಣ ಅವರ **ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಆಯಾಮಗಳ ಅಧ್ಯಯನ** ಇದು ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ

ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು, ಹಿಂದೆ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಾ ಬಂದ ಅಧ್ಯಯನಗಳಂತೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ವರಮಾನ, ಬಂಡವಾಳ ಮತ್ತು ಕೈಗಾರಿಕಾ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ನಡೆಸದೆ ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನ್ ಮತ್ತು ಮೆಹಬೂಬ್-ಉಲ್‌ಹಕ್ ಅವರು ತಿಳಿಸಿದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಂತೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ನೆಲೆ ಬೆಲೆಗಳನ್ನು ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವಿಚಾರ ಪ್ರನಾಳಿಕೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ನೋಡಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನವು ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂದಿಸಿದಂತೆ ಒಂದು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ಅಧ್ಯಾಯವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ಒದಗಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ 'ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಿಂದೆ ಇದ್ದ ಸೀಮಿತ ಅರ್ಥ ಮತ್ತು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ-ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ, ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಯಾವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ? ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಕಂಡುಕೊಂಡಿರುವರು ರಾಜ್ಯದ ಶಿಶುಮರಣ ದರ ಹಾಗೂ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ದರವು ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಶಿಶುಮರಣದರ ಮತ್ತು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ದರಕ್ಕೂ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಅಸಮಾನತೆಗಳಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಸರಾಸರಿ ಆಯುರ್ಮಾನದ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಸಿರುವರು. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸಮೀಕ್ಷಿಸಿ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಕೊರತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವರು. ಹೀಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ನಡುವೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ? ಏಕೆ ಎನ್ನುವ ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಿದ್ಧಿ-ಸಾಧನೆಗಳು, ಸೋಲು ಗೆಲುವುಗಳು ಮತ್ತು ಏರಿಳಿತಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಬಿ. ದೇವರಾಜು ಅಂಕಪುರ ಅವರ **ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ** (೨೦೦೨) ಕೃತಿಯು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾದದ್ದಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಒಟ್ಟು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತಹದ್ದು. ಈ ಕೃತಿಯು ಒಟ್ಟು ೧೨ ಅಧ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಕೃತಿಯ ಮೊದಲ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಕುರಿತು ಮನುಷ್ಯರ ರೋಗ ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶಗಳು, ಜನರ ಆರೋಗ್ಯಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಳೆಯುವ ಮಾಪನ, ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ, ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ತತ್ವಗಳ, ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ರೋಗ, ಮಕ್ಕಳ ಮಾರಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಸಾಂಕ್ರಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಕುಷ್ಟರೋಗ, ಏಡ್ಸ್ ರೋಗಗಳ, ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ರೋಗಗಳ ಕುರಿತು ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ದಂತರೋಗ, ತಾಯಿ

ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಕುರಿತು ಅಂದರೆ ತಾಯ್ತನದ ಆರೈಕೆ, ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀಡುವ ಎದೆ ಹಾಲು ಮತ್ತು ಪೂರಕ ಆಹಾರದ ಮಹತ್ವ, ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಕೃತಿಯ ಎರಡನೆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಬಗೆಗೆ ಕುಲಂಕುಷವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮಹತ್ವ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮೂಲ ತತ್ವಗಳು, ಬೋಧನೆ, ಕಲಿಕೆ ಮತ್ತು ಕಲಿಕೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳ ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಪದ್ಧತಿಗಳು, ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಧನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಾ.ಸಿ. ಅನ್ನಪೂರ್ಣಮ್ಮ ಅವರು ಅನುವಾದಿಸಿದ ಮತ್ತು ಡಾ.ಎ.ಎನ್.ಭಾವೆ, ಡಾ.ಎನ್.ಎಸ್.ದೇವಧರ್ ಹಾಗೂ ಡಾ.ಎಸ್.ವಿ. ಭಾವೆ ಅವರ ಸಂಪಾದಕತ್ವದಲ್ಲಿ ಹೊರಬಂದ **ನೀವು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ** ಎಂಬ ಕೃತಿಯು ಶ್ರೀ ಸಾಮಾನ್ಯ ಓದುಗರನ್ನು ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಬರೆದಿರುವಂತಹದ್ದು. ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿವಿಧ ಲೇಖಕರಿಂದ ಬರೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ೬೦ ಲೇಖನಗಳಿವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೃತಿಯು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿ ದೇಹದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯೆಗಳು, ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಸ್ವರೂಪ ಹಾಗೂ ಕಾರಣಗಳು, ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಬಗೆ, ಆಹಾರ ಪೋಷಣೆಯ ಮಹತ್ವ, ವಯಸ್ಸಿನ ಪಾತ್ರ, ಶೈಶವಾವಸ್ಥೆ, ಕಿಶೋರಾವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ವೃದ್ಯಾಪ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಈ ಎಲ್ಲ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಚಾರಗಳಿಗೂ ಈ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಗಮನಹರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಂತಹ ಮುಖ್ಯವಾದ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಈ ಕೃತಿಯು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ನರ್ಸ್‌ಗಳು, ಮತ್ತಿತರರಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುವಂತಹ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಈ ಕೃತಿಯು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದು.

ಪ್ರಬುದ್ಧ ವೈದ್ಯಹಿತ ಬೋಧಿನಿ-ಭಾಗ ಒಂದು (೧೯೨೭) ಎಂಬ ಶ್ರೀರಂಗಮ್ಮನವರ ಕೃತಿಯು ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವಂತಹದ್ದು **ಗರ್ಭರತ್ನಾಕರ** (೧೯೪೦) ಎಂಬ ಗಿರಿಜಾ ದೇವಿಯವರ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಬಂಜೆತನದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿ ಹಾಗೂ ಶಿಶು ಆರೈಕೆ ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಿರುವರು. ಅಂತೆಯೇ **ಪ್ರಸೂತಿ ಶಾಸ್ತ್ರ-ಸಚಿತ್ರ** (೧೯೫೪) ಎಂಬ ಮಹಾಜನ ಸುಮಿತ್ರಾಬಾಯಿಯವರ ಕೃತಿಯು ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರಿಗೆ ಕೈಪಿಡಿ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ರತ್ನಮ್ಮ ಐಸಾಕ್ ಅವರ ಕೃತಿ **ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಪೋಷಣೆ** (೧೯೪೩) ಎಂಬುದು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿದ್ದು, ಹೆಣ್ಣಿನ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಪೋಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಶ್ಯಾಮಲ ಬಾಯಿಯವರು (೧೯೬೮) **ಪ್ರಸೂತಿ ಶಾಸ್ತ್ರದ** ಕುರಿತು ಕೃತಿ ರಚಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ. ಅನುಪಮ ನಿರಂಜನವರು ಕನ್ನಡದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಬರಹಗಳಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಕೃಷಿಗೈದಿದ್ದಾರೆ. **ಕೆಂಪಮ್ಮನ ಮಗು** (೧೯೬೭) ಎಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕೃತಿ ಅವರ ಮೊದಲ ಕೃತಿಯಾಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ಹೇಗೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು

ಕುರಿತು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಇವರ **ಆರೋಗ್ಯ ದರ್ಶನ** (೧೯೭೧) ಕೃತಿಯು ಮನುಷ್ಯರಿಗೆ ಬರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ಮುಂಜಾಗೃತಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ವೈದ್ಯರ ಚೀಟಿಯ ಅಗತ್ಯತೆ, ಔಷದೋಪಚಾರಗಳ ಕುರಿತು ಈ ಕೃತಿ ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಅನುಪಮ ಅವರ **ಕೇಳು ಕಿಶೋರಿ** (೧೯೭೨) ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಹರೆಯಕ್ಕೆ ಕಾಲಿಡುವ ಹುಡುಗಿಯರ ದೇಹರಚನೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಸರಳವಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರ **ದಾಂಪತ್ಯ ದೀಪಿಕೆ.** (೧೯೭೩) **ವಧುವಿಗೆ ಕಿವಿಮಾತು** (೧೯೭೧) ಮತ್ತು **ಮಾನಿನಿ** (೧೯೮೬) ಎಂಬ ಕೃತಿಗಳಲ್ಲಿ ಗೃಹಸ್ಥಾಶ್ರಮ ಪ್ರವೇಶಿಸುವ ಹೆಣ್ಣಿನ ಗೊಂದಲಗಳು ಮತ್ತು ಆತಂಕಗಳಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಇವರ **ಶುಭಕಾಮನೆ** (೧೯೭೩) ಕೃತಿಯು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಿ ಅವರ ವಿಚಾರಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಉಪಯೋಗವಾಗುವಂತೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದೆ. ಇವಿಷ್ಟಲ್ಲದೆ ಅನುಪಮ ಅವರು **ಸ್ತ್ರೀ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಂಹಿತೆ** (೧೯೭೬), **ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯಕ್ಕೆ ವ್ಯಾಯಾಮ** (೧೯೮೦) **ಶಿಶು ವೈದ್ಯದೀಪಿಕೆ** (೧೯೮೨) **ಒತ್ತಡದ ಬೇನೆಗಳು** (೧೯೮೭) ಮತ್ತು **ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜಗತ್ತು** (೧೯೯೦) ಎಂಬ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಕೂಡ ಬರೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಸ್ತ್ರೀ ರೋಗತಜ್ಞ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞೆಯಾದ ಡಾ.ಸಿ.ಅನ್ನಪೂರ್ಣಮ್ಮ ಅವರು ಅಂಕಣಕಾರ್ತಿಯಾಗಿ ಕನ್ನಡದ ವಿವಿಧ ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಬರೆದ ಬರಹಗಳನ್ನು **ಆರೋಗ್ಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ** (೧೯೯೫) ಎಂಬ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಕೃತಿಯನ್ನು ತಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ **ಶಿಶು ನಿರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀರಕ್ಷೆ** (೧೯೯೨) ಕೃತಿಯು ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ, ಆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಭಾದೆಗಳ ಕುರಿತು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. **ನಿಮ್ಮ ಮಗು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರಬೇಕು** ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ ಪಾಲನೆ ಪೋಷಣೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬರಬಹುದಾದ ಕಾಯಿಲೆ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಪರಿಹಾರೋಪಾಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದೇ ಲೇಖಕಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಾಗಿ ಬರೆದ **ಸ್ತನ್ಯಪಾನ** (೧೯೯೪) ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾದ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡ ಹೊಸ ವಿಧಾನಗಳಿಂದಾಗಿ ಸ್ತನ್ಯಪಾನದ ಅವಧಿಯನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಕಳವಳದೊಂದಿಗೆ ಎದೆಹಾಲಿನ ಅಗತ್ಯ ಮತ್ತು ಮಹತ್ವವನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇವರು **ಹದಿಹರೆಯದ ಹೆಣ್ಣು**(೧೯೮೫) **ಹೊಸ ಜೀವನದ ಹುಟ್ಟು** (೧೯೮೭) **ಋತುಚಕ್ರ** (೧೯೮೯) **ಪ್ರೌಢ ಮಹಿಳೆ** (೧೯೯೨) **ಆರೋಗ್ಯ ಜೀವನ** (೧೯೯೩) **ಆರೋಗ್ಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ** (೧೯೯೫) , **ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ** (೧೯೯೭), **ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ** ಮತ್ತು **ಬೊಜ್ಜಿಗೆ ಕಾರಣ** ಎಂಬ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಎಚ್.ಬಿ. ಶಿವಲೀಲಾ ಅವರು **ಆಹಾರ ಪೋಷಣೆಯ ಪರಿಚಯ** (೧೯೯೬) ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಜಾಗತೀಕರಣ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯು ನಮ್ಮ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಯ ಮೇಲೆ ನೇರವಾದ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ. ಬದಲಾವಣೆಯ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಇಂದು ಪ್ರಕೃತಿಗೆ ಹತ್ತಿರವಾದ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಉತ್ತಮವೆನಿಸುವ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿ ಪಾಶ್ಚಾತ್ಯರು ತ್ಯಜಿಸುತ್ತಿರುವ ಆಹಾರ ಧಾನ್ಯಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವತ್ತ ಧಾವಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆ ಎಂಬ ಕಳವಳವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಶ್ರೀ ರಂಗಮ್ಮನವರ **ಗೃಹಾರೋಗ್ಯ ನಿಬಂಧನೆಗಳು** ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮ ಸ್ವಚ್ಛತೆ, ನಗರ ನಿರ್ಮಲೀಕರಣದ ರೀತಿ ಪ್ಲೇಗ್, ಕಾಲರಾ, ಮಲೇರಿಯಾ ಮುಂತಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬರಲು ಕಾರಣ ಮತ್ತುಅವುಗಳ ನಿವಾರಣೋಪಾಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ. ಕಾಮಿನಿರಾವ್ ಅವರ **ಹೊಕ್ಕಳ ಬಳ್ಳಿ ಹೇಳಿದ ಸತ್ಯ ಕಥೆಗಳು** (೧೯೯೯) ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಬಂಜೆತನದ ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಆಧುನಿಕ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ನಿಕಟತೆಗೆ ನಂಟಾದ ಹೊಕ್ಕಳು ಬಳ್ಳಿಯ ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ಶಮಂತರಮಣಿ ನರೇಂದ್ರನ್ ಅವರ **ನಮಗೆಂಥ ಮಕ್ಕಳು ಬೇಕು** (೧೯೮೫) ಮತ್ತು **ಪ್ರಸವಕ್ಕೆ ಮೊದಲೆ ಶಿಶುವಿನ ಭವಿಷ್ಯ** (೧೯೮೫) ಎಂಬ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಶಾಂತಾ ಪ್ರಭುಶಂಕರ್ ಅವರು **ಸ್ತ್ರೀ ರೋಗಗಳು** (೧೯೭೮) ಎಂಬ ಕೃತಿಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಡಾ.ಸುನಂದಾ ಕುಲಕರ್ಣಿಯವರು **ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಕೈಪಿಡಿಯನ್ನು**, ಡಾ ಸುಲೋಚನಾ ಗಣಶೀಲರ ಇವರು **ಬಂಜೆತನ** ಎಂಬ ಕೃತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ. ಗಿರಿಜಮ್ಮನವರು **ಆರೋಗ್ಯ ಭಾಗ್ಯ** (೧೯೯೩), **ಬಂಜೆತನದ ಬವಣೆಗಳು** (೧೯೯೪), **ಶಿಶು ಜನನ** (೧೯೯೪) ಮತ್ತು **ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಗು** (೨೦೦೦) ಎಂಬ ಕಿರುಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಎಲ್ಲವುಗಳನ್ನು ಸಂಕಲಿಸಿ ೨೦೦೦ರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಎಂಬ ಸಮಗ್ರ ಕೃತಿಯನ್ನು ತರಲಾಗಿದೆ. ಜನರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಕೃತಿಯು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿದೆ. **ಹದಿಹರೆಯ** (೨೦೦೧) ಎಂಬ ಇನ್ನೊಂದು ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಹದಿಹರೆಯದ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಾಗುವ ದೈಹಿಕ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಬದಲಾವಣೆ ಮತ್ತು ಏರುಪೇರುಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮೌಢ್ಯ ಎಂಬುದು ಶಿಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಅಶಿಕ್ಷಿತರೆಂಬ ಬೇದವಿಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲರಲ್ಲೂ ವ್ಯಾಪಿಸಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಡಾ.ಗಿರಿಜಮ್ಮನವರು **ದಾದಿಯರ ಕೈಪಿಡಿ, ಪ್ರಸವ, ಮಾನವ ಶರೀರ, ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ, ನಿಮ್ಮ ಮಗು, ದೇಹದ ಜೀವನದ ರಕ್ತ** ಎಂಬ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿದ್ದಾರೆ.

೧೯೯೯ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದ ಡಾ. ಲೀಲಾವತಿ ದೇವದಾಸ್ ಅವರ **ಹೆಣ್ಣೇ ನಿನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡಿಕೋ** ಎನ್ನುವ ಕೃತಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ಕಿರು ಹೊತ್ತಿಕೆಯಾಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಹದಿಹರೆಯದ ಹೆಣ್ಣಿನ ದೈಹಿಕ ಬದಲಾವಣೆ, ಅವರ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಾಗುವ ಹೊಯ್ದಾಟಗಳು ಮತ್ತು ಹದಿಹರೆಯದವರ ಬಗ್ಗೆ ಪಾಲಕ ಪೋಷಕರು ತೋರಬೇಕಾದ ಕಾಳಜಿಗಳ ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿಯಿದೆ. ಹೆಣ್ಣಿನ ಋತುಚಕ್ರದ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಋತುವಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆಗುವ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಗುವಿನ ಜನನಕ್ಕೆ ಯಾವುದು ಸೂಕ್ತ ಕಾಲ ಅಂದರೆ ಯಾವಾಗ ಮಗು ಜನಿಸಿದರೆ ಒಳ್ಳೆಯದು ಮತ್ತು ದುಡಿಯುವ ಮಹಿಳೆಯ ಆಹಾರ ಯಾವ ರೀತಿಯಾಗಿರಬೇಕು? ಮಹಿಳೆಗೆ ಬರುವ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಹಿನ್ನಲೆ ಏನು? ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೆಲವು ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಈ ಕೃತಿ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಇದು ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿಯ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ರೂಪಗೊಂಡ ಕೃತಿಯಾಗಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಕೆಲವು ಉಪಯುಕ್ತ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಡಾ.ಲೀಲಾವತಿ ದೇವದಾಸ ಅವರು ಬರೆದ ಇನ್ನೊಂದು ಕೃತಿ **ನಾನು ಗೌರಿಯ ಗರ್ಭಕೋಶ** (೧೯೯೮) ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶವೆ ಮಾತಾಡುವಂತೆ ಆತ್ಮ ನಿರೂಪಣೆಯ ಶೈಲಿಯಲ್ಲಿ ಕೃತಿ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದೊಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ಕೃತಿಯಾಗಿದ್ದು ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಜನಪದ ಹಾಡುಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಇದು ಓದುಗರಿಗೆ ಹತ್ತಿರವಾಗುತ್ತದೆ

ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಾಹಿತ್ಯಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಬರೆದ ಕೃತಿ ಇದಾಗಿದೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ಈ ಲೇಖಕಿ **ಸ್ತ್ರೀ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ಹೇಗೆ** (೧೯೯೪) **ನಿಮ್ಮ ದೇಹದ ಪರಿಚಯ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಿ** (೨೦೦೧) ಎಂಬ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಬರೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಡಾ. ವೀಣಾ ಶಾಂತೇಶ್ವರ ಅವರ ಸಂಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದ ಪ್ರೊ.ಎಚ್.ವಿ.ನಾಗೇಶ್ ಅವರ ಅಭಿನಂದನ ಗ್ರಂಥವಾದ **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ** (೧೯೯೩) ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಎ.ಸವಿತ, ದು.ಸರಸ್ವತಿ, ವಿ.ಗಾಯತ್ರಿ ಅವರುಗಳಿಂದ ರಚಿತವಾದ 'ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ: ಒಂದು ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಚರ್ಚೆ' ಎಂಬ ಲೇಖನವು ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಒಂದು ಮಹತ್ವದ ಚಿಂತನೆಯಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಹೇಗೆ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ ಕುಸಿತಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವ ಕುರಿತು ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಹ ಮಹಿಳೆಯ ದೇಹವನ್ನು ಹೇಗೆ ಪ್ರಯೋಗಕ್ಕೆ ಒಡ್ಡುತ್ತಿವೆ ಎನ್ನುವುದರ ಬಗೆಗೆ, ಅಲ್ಲದೆ ವಸಾಹತುಶಾಹಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ದೇಶಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಒಳರಚನೆಯನ್ನು ನಾಶಪಡಿಸಿದ ಬಗೆಗೆ ಕಳವಳ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಾ. ಸಿ.ಆರ್.ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಮತ್ತು ಡಾ.ಎಂ. ಎಸ್.ರಾಜಣ್ಣ ಅವರುಗಳಿಂದ ರಚನೆಗೊಂಡ **ಜನಾರೋಗ್ಯ** (೧೯೯೭) ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾಸ್ಫೋಟ, ಸಿಡುಬು, ಕ್ಷಯರೋಗ, ಕುಷ್ಟರೋಗ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಪೋಲಿಯೋ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಮತ್ತು ತಾಯಿ-ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಕೃತಿ ಸ್ವತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರ ಜನಾರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಆದ ಕೆಲಸಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಗತಿಯ ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಇದರಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಾ. ಜಯಶೀಲ ಮತ್ತು ಇತರರಿಂದ ಸಂಪಾದಿಸಿದ **ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ** (೨೦೦೭) ಎಂಬ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಲೇಖಕರ ಮಹಿಳಾಪರ ಲೇಖನಗಳಿದ್ದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯ'ಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಎ.ಬಾಸಿಲ್ ಹ್ಯಾನ್ಸ್ ಅವರ 'ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಆಧುನೀಕರಣದ ನಡುವೆ ಮೂಲೆಗುಂಪು' ಎಂಬ ಲೇಖನವಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಲಿಂಗಭೇದದ ಕುರಿತು, ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲಿನ ಗಮನ, ಕಾಳಜಿಗಳು, ಸವಾಲುಗಳು ಮತ್ತು ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಹಾಗೂ ಈ ಸವಾಲುಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಲು ಯಾವ ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು ಎನ್ನುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದೇ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿನ ಡಾ.ವೈಕುಂಠ ಮತ್ತು ಡಾ.ತಲ್ವಾರ್ ಸಾಬಣ್ಣ ಅವರ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವ ಲೇಖನವು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಬಳಕೆ ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಾ.ಎಚ್.ಎಸ್.ಶ್ರೀಮತಿಯವರ **ಗರ್ಭಾಶಯ-ಮಹಿಳೆಯ ಶಕ್ತಿಕೇಂದ್ರ** (೨೦೦೨) ಎನ್ನುವ ಕಿರು ಕೃತಿ ಆಕಾರದಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕದಾಗಿದ್ದರೂ ಅದರಲ್ಲಿ ಬಿಚ್ಚಿಡುವ ಸಂಗತಿ ಮತ್ತು ಎತ್ತುವ ಪ್ರಶ್ನೆ ಮಾತ್ರ ತುಂಬಾ ಮಹತ್ವವಾದವು. ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಲೇ ಇದು ಮಹಿಳೆಗಿರುವ

ಅದ್ಭುತವಾದ ಶಕ್ತಿ. ಇದು ಮಹಿಳೆಗೆ ಹೆಮ್ಮೆ ಪಡುವ ಸಂಗತಿಯಾಗಬೇಕಾಗಿತ್ತಾದರೂ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯು ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಕೆಲವು ಆತಂಕಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅವಮಾನಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಿರ್ಮಾಣದ ಬಗ್ಗೆ ಏಕೆ? ಹೇಗೆ? ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸುವ ಮತ್ತು ಆಲೋಚನೆಗೊಡ್ಡುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಹೇರಿರುವ ಕೆಲವು ಬಂಧನಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮಲ್ಲಿಯ ಈ ಅಗಾಧ ಶಕ್ತಿಯ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಯುವಂತಾಗಬೇಕೆನ್ನುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಲೇಖಕರು ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೂಚ್ಯಂಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವು ಮುಖ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. **ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ** (೨೦೦೫) ಯ ಅಧ್ಯಾಯ ೬ರಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯನ್ನು ಕುರಿತದ್ದಾಗಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಜೀವನಾಯುಷ್ಯ, ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಶಿಶು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸೇವೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಮೇಲೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವೆಚ್ಚದ ಬಗೆಗೆ, ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮುನ್ನೋಟದ ಗುರಿಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ರಾಜ್ಯದ ಮಹಿಳೆಯರ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿರುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿ ವರದಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು **ಮಹಿಳಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನಾ ಸಮಿತಿ**ಯನ್ನು ರಚನೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಈ ಸಮಿತಿಯು ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ ೨೦೦೨ನೇ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬಗೆಗೆ, ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಹಿಳಾ ಶಿಕ್ಷಣ, ಗ್ರಾಮೀಣಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯ ಬಗೆಗೆ, ಮಹಿಳಾ ಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ, ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಕಾನೂನು, ರಾಜಕೀಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ, ಮಹಿಳಾ ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ವ್ಯಸನಿಗಳ ಬಗೆಗೆ, ಎಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಇತ್ಯಾದಿ ಅಂಶಗಳ ಕುರಿತು ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ.

ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳು:

೨೦೦೫ರ ನವೆಂಬರ್ ತಿಂಗಳಿನ **ಹೊಸತು** ಪತ್ರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಡಾ.ಡಿ.ಕೆ.ಮಹಾಬಲರಾಜು ಎಂಬುವರು ಆರೋಗ್ಯ ಅಂದರೆ ಏನು? ಎಂಬ ಲೇಖನ ಬರೆದಿರುವರು. ಇದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಗ್ರಹಿಕೆ ಏನಿದೆ? ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೇಗೆ ಪರಿಭಾವಿಸಬೇಕು? ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶಗಳೇನು? ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೇಗೆ ಜಾಗೃತರಾಗಿರಬೇಕೆಂಬುದರ ಕುರಿತು ಈ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗವು ಹೊರ ತರುತ್ತಿರುವ ದ್ವೈವಾರ್ಷಿಕ ಪತ್ರಿಕೆ **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ** ಸಂಪುಟ ೧, ಸಂಚಿಕೆ ೨ರಲ್ಲಿ (ಜುಲೈ ೯೯) ಡಾ.ಡಿ.ಶೇಷಾದ್ರಿ, ಡಾ.ಎಚ್.ಗಿರಿಜಮ್ಮ, ಶಾರದಾ ಮಲಶೆಟ್ಟಿ, ಜಿ.ಕೆ.ಕುಲಕರ್ಣಿಯವರ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯು ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಕೇಂದ್ರವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ನಡೆಸಿದ ಚಿಂತನೆಯಾಗಿವೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ

ಸಂಶೋಧನೆಗಳು, ಪ್ರಯೋಗಗಳು ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವ ರೀತಿ ಯಾವ ಬಗೆಯದು ಎನ್ನುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈ ಚಿಂತನೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆ. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಪುರುಷ ಶಾಹಿತ್ವದ ಬಗೆಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಯೋಗಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆಯೇ ಪಶುಗಳಂತೆ ಪ್ರಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮತ್ತು ಈ ಕ್ರಮವನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಹ ಹೇಗೆ ಒಪ್ಪಿ ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ರೂಪಿತವಾಗುವ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಸಂಚುಗಳು ಯಾವ ಬಗೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ವಿಭಾಗದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ ಪತ್ರಿಕೆಯ ಸಂಪುಟ ೪, ಸಂಚಿಕೆ ೧ರಲ್ಲಿ 'ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ' ಎಂಬ ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ ಅವರ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗಳು ಹೇಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಈ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಎಲ್ಲಾ ವಯೋಮಾನದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಗಳಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಗುಂಪಿನ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಈ ಲೇಖನ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.

ದಿನಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಅಂಕಣಗಳು ಮೂಡಿ ಬರುತ್ತಿದ್ದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ತಜ್ಞರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಬರೆಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಅಲ್ಲದೆ ಇತರರಿಂದಲೂ ಈ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದುವರೆಗಿನ ಕನ್ನಡ ದಿನಪತ್ರಿಕೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪ್ರಜಾವಾಣಿ ದಿನಪತ್ರಿಕೆಯ ಕರ್ನಾಟಕ ದರ್ಶನದಲ್ಲಿನ ಪುರವಣಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ದರ್ಶನ ಕಾಲಂನಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಡಾ.ರಮೇಶ ಅವರ 'ಅಂಡನಳಿಕೆ ಗರ್ಭವೆಂಬ ಗಂಡಾಂತರ', ಡಾ.ಕಾಮಿನಿರಾವ್ ಅವರ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆಯ 'ಪುರುಷ' ಕಾರಣ, ಡಾ.ಪಿ.ಎಸ್.ಶಂಕರ ಅವರ ಉದರದ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿ: ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ರೋಗ ಭ್ರಾಂತಿ ಕಾಯಿಲೆ ಎಂಬ ಕಾಯಿಲೆ, ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳು ವಿಮಾನಯಾನ ಮಾಡಬಹುದೆ? ಸ್ನಾಯು ಸವಕಳಿಗೆ ವಂಶವಾಹಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದೇ ಆರೋಗ್ಯ ದರ್ಶನ ಕಾಲಂನಲ್ಲಿ ಇತರ ಹವ್ಯಾಸಿ ಬರಹಗಾರರಿಂದ ಬರೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿವೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಮಧುಮೇಹದ ಅಂದತ್ವ: ಇತಿ ವೃತ್ತಾಂತ ಎಂಬ ಲೇಖನ ಡಾ.ಎ.ಎಸ್. ಗುರುಪ್ರಸಾದ್ ಅವರದು. ಲಕ್ಷ್ಮಣ ಕೊಡಸೆ ಅವರ 'ಮಧುಮೇಹಕ್ಕೆ 'ಎ ೧ ಸಿ' ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ, ಸುಮಂಗಲಾ ಅವರ ಲೇಖನ ಲಾಭ ನಷ್ಟದ ತಕ್ಕಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಾರ್ಮೋನ್ ಮರುಪೂರೈಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಡಾ.ಗೌತಮ್ ಆರ್. ಚೌಧರಿ ಅವರ ಏಡ್ಸ್: ನಾವೆಷ್ಟು ಜಾಗೃತ? ಬಿ.ಎಸ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಅವರ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಕಡಿವಾಣ ಹೇಗೆ? ರಶ್ಮಿ ಎಸ್ ಅವರ ಅಂಕಗಳ ಆತಂಕದಲ್ಲಿ ಕೆಡದಿರಲಿ ಆರೋಗ್ಯ, ಇ.ಎಸ್. ಸುಧೀಂದ್ರ ಪ್ರಸಾದ್ ಅವರ ಕಣ್ಣಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಡಾ.ಗುರುರಾಜ ಅರಕೇರಿ ಅವರ ಅನೋರೆಕ್ಸಿಯಾ ಎಂಬ ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಆರ್ಯಮಿತ್ರ ಜಿ.ಎಸ್. ಅವರ ರಕ್ತದ ಗುಂಪಿನ ಕುರಿತು ನಮಗೆಷ್ಟು ಗೊತ್ತು? ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿವೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಇದೇ ಪತ್ರಿಕೆಯ ದೈನಿಕಗಳಲ್ಲಿ ಜಯಂತಿ ಕೆ.ವೈ. ಅವರ ಏಡ್ಸ್: ಇಲ್ಲದ ಮಾರಾಟ ಹುನ್ನಾರ ಎಂಬ ಲೇಖನ ಮತ್ತು ಡಾ.ಪಿ.ಎಲ್.ಧರ್ಮ ಅವರ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗದ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಎಂಬ ಲೇಖನ ಪ್ರಕಟವಾಗಿದೆ.

ಅಂತೆಯೇ ಪ್ರಜಾವಾಣಿ ಪತ್ರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಶನಿವಾರ ಬರುವ ಭೂಮಿಕಾ ಪುರವಣಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಆರೈಕೆ ಎಂಬ ಅಂಕಣ ಬರುತ್ತಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಡಾ.ಕೆ.ಜಯಲಕ್ಷ್ಮಿ ಅವರು ಇದರ ಬರಹಗಾರರಾಗಿ ನೋವಿಲ್ಲದೇ ಹೆರಿಗೆಯೇ?, ಸಿಜೇರಿಯನ್‌ನ ನಂತರದ ದಿನಗಳು, ಸ್ವಂತ ಸುಖದ ಕಲ್ಪನೆಯಲ್ಲಿ. ಸಿಜೇರಿಯನ್ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೇ? ಎಂಬ ಮೂರು ಭಾಗಗಳನ್ನು, ಮುಟ್ಟಿನ ಪೂರ್ವದ ಯಾತನೆ ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಏಕೆ... ಹೇಗೆ? ಅಡ್ಮಿಟ್ ಮಾಡಿಯಾಯಿತು, ಬಿಟ್ಟು.... ಬಿಟ್ಟು.... ಬರುವ ನೋವು, ಮದ್ಯಪಾನ ಮಗುವಿಗೆ ಮಾರಕವೇ?, ಎಳೆಯ ಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ ತಾಯ್ತನ ಬೇಡ, ಕಾಡುತ್ತಿವೆ ಏನೆಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು, ವೈದ್ಯರೊಡನೆ ಮೊದಲ ಭೇಟಿ, ಅಮ್ಮನಾಗುವ ಮುನ್ನ, ಒಳಗೇ ಮಗು ಸಾಯುವುದೇಕೆ? ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ಮಧುಮೇಹ ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಭೂಮಿಕದಲ್ಲಿಯೇ ಸಿ.ಜಿ. ಮಂಜುಳಾ ಅವರ ನನ್ನ ದನಿ ಕೇಳಿತೇ ನಿಮಗಿಂದು, ಪದ್ಮರಾಜ ದಂಡಾವತಿಯವರ ಹೆಣ್ಣು ಕೂಸು; ತಾರತಮ್ಯ ಏಕೆ?, ಡಾ.ಕಾಮಿನಿರಾವ್ ಅವರ ಶ್...! ಕುಂದುತ್ತಿವೆ 'ಪೌರುಷ'!, ಡಾ.ಎಂ.ಡಿ. ಸೂರ್ಯಕಾಂತ ಅವರ ಗರ್ಭಸ್ಥ ಶಿಶುವಿಗೆ ಏಡ್ಸ್ ಭೀತಿ, ಜಯಶ್ರೀ ಅವರು ಬರೆದ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯ ವಿವಿಧ ತಿಂಗಳುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಬರೆದ ಸರಣಿ ಲೇಖನಗಳು ಮತ್ತು ಅದೇ ಲೇಖಕಿಯ ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿ ಬಯಸುವ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಗಳು, ಗರ್ಭಿಣಿಯರನ್ನು ಕಾಡುವ ಏರೊತ್ತಡ, ಯಾವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಬೇಕು ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿವೆ.

ಇನ್ನು ಉದಯವಾಣಿ ಪತ್ರಿಕೆಯಲ್ಲಿಯು ಕೂಡ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಡಾ. ಕಿರುಗಾವಲು ರಮೇಶ ಅವರ ಪ್ರಾಣಾಂತಿಕ ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಪರಿಹಾರ ಏನು?, ಡಾ.ಎ.ಪಿ.ಮಂಜುನಾಥ ಅವರ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕತ್ತಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್: ಮಹಿಳೆಯರು ತಿಳಿದಿರಬೇಕಾದ್ದೇನು? ಡಾ.ಶಿವಾನಂದ ಪ್ರಭು ಅವರ ಸ್ತನದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಒಂದು ಕಿರು ಪರಿಚಯ, ಡಾ.ಗಿರಿಜ ಎಸ್.ಅವರ ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವ ಹಂತ ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿವೆ.

ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ವಿಜಯ ಕರ್ನಾಟಕ ದಿನಪತ್ರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಆರ್.ಮಂಜುನಾಥ್ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ: ಸ್ವಚ್ಛತೆಯ ಘೋಷಣೆ ಎಂಬ ಲೇಖನವು ಮತ್ತು ಈ ಪತ್ರಿಕೆಯ ಸಾಪ್ತಾಹಿಕ ವಿಜಯದಲ್ಲಿ ರಜನಿ ಎಂ.ಜಿ. ಅವರ ಹೆರಿಗೆಯ ನೋವು, ಬಿ.ಎಂ.ವೇಣು ಅವರು ನರ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಇಹಲೋಕದಲ್ಲಿ ಏಂಜಲ್ಸ್, ಶಮಂತ ಅವರ ಏಡ್ಸ್ ಬದಲಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಬಂದಿವೆ.

ಅಂತೆಯೇ ವಿಜಯ ಕರ್ನಾಟಕ ದಿನಪತ್ರಿಕೆಯ ಮಹಿಳಾ ವಿಜಯ ಪುರವಣಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜಯ ಕಾಲಂನಡಿಯಲ್ಲಿ ಜಯಂತಿ ಕೆ.ವೈ. ಅವರಿಂದ ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತು ಸರಣಿ ಲೇಖನಗಳು ಬಂದಿವೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ, ಏಡ್ಸ್ ತಡೆಗೆ ಕಾಂಡೋಮ್ ರಾಮಬಾಣವೆ?, ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ, ಎಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್‌ಗೆ ತೆರೆದ ಬಾಗಲಕೋಟೆ ೧ ಮತ್ತು ೨, ವೈದ್ಯರ ತರಬೇತಿ ಅವಶ್ಯ, ಏಡ್ಸ್: ರೋಗ ಮೂಲವೇ ತಿರಸ್ಕಾರದ ಮೂಲ ಎಂಬ ಲೇಖನ ಬರೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಇವರಲ್ಲದೆ ಇನ್ನಿತರ ಲೇಖಕರಿಂದ ಬರೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ಅನೇಕ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿವೆ. ಡಾ. ಗುರುರಾಜ ಅರಕೇರಿ ಅವರ ಹಾಲು ಹಲ್ಲಿನ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ (ಬಾಟಲಿ ಹಾಲು) ಕುರಿತು 'ಹಾಲಲ್ಲ ಇದು ಹಾಲಾಹಲ', ಕಾಸ್ಮೆಟಿಕ್ ದಂತಚಿಕಿತ್ಸೆ, ತಪ್ಪು ನಂಬಿಕೆ ಬಿಡಿ ಎದೆಹಾಲು ಕೊಡಿ ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಬಂದಿವೆ. ಡಾ.ಕೆ.ಜಯಲಕ್ಷ್ಮಿಯವರ ಸಂಜೆಯ ಹೊಸ್ತಿಲಲ್ಲಿ ಕಾಡುವ ಋತುಬಂಧ, ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದರೆ ಹೊರೆಯಾಗುವುದು ಹೆರಿಗೆ, ಮುಟ್ಟು: ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಗುಟ್ಟು ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿವೆ.

ಅಲ್ಲದೆ ಡಾ.ದಿನೇಶ್ ಹೆಗಡೆ ಅವರ ಮಮತೆಯ ಮಗುವಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಆಹಾರ, ಡಾ.ಎಸ್.ರವಿಕುಮಾರ ರಾರಾವಿಯವರ ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯ ದೈಹಿಕ ಪರಿಣಾಮಗಳು, ತಲೆಹೊಟ್ಟಿಗೆ ತಡೆ ಸಾಧ್ಯವೇ? ಸಂಜೀವಿನಿ ಗುಣದ ಜೀವಸತ್ವ ಬಿ ೧ ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಬಂದಿವೆ. ಪ್ರಕಾಶ ಹೆಬ್ಬಾರ ಅವರ ಮಧುಮೇಹ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ನಿಯಮಿತ ಆಹಾರ, ಡಾ.ಎಚ್. ಗಿರಿಜಮ್ಮ ಅವರ ಭ್ರೂಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಬೇಕು ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ, ಡಾ.ಬಿ.ಜಿ. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಅವರ ಅಡಿಗಡಿಗೆ ಏಕ್ಸ್-ರೇ ಕಾಡುವುದು ತೊಂದರೆ, ಡಾ. ವೆಂಕಟ್ರಮಣ ಹೆಗಡೆ ಅವರ ಸೊಂಟದ ನೋವಿಗೆ ಸುಲಭ ಪರಿಹಾರ, ಡಾ ಕರವೀರಪ್ರಭು ಕ್ಯಾಲಕೊಂಡ ಅವರ ಹಸುಗೂಸಿಗೆ ಜೀವ ಹಿಂಡುವ ಹೈಪೋಥರ್ಮಿಯಾ, ಗೀತಾ ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್ ಅವರು ಗರ್ಭಿಣಿಯರನ್ನು ಕಾಡುವ ವಾಂತಿ, ಡಾ.ಸತ್ಯನಾರಾಯಣ ಭಟ್ಟ ಅವರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಬೇಕು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಹಕಾರ, ಗೀತಾ ಅವರ ಗರ್ಭಕೋಶ ತೆಗೆಯುವುದು ಎಂದರೆ ಗಾಬರಿಯಾಗಬೇಕಿಲ್ಲ, ಕೆ. ವಿದ್ಯಾಲಕ್ಷ್ಮಿ ಅವರ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಆಪರೇಶನ್ ನಂತರ ಫಿಜಿಯೋ ಮತ್ತು ಯೋಗಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂಬ ಲೇಖನಗಳು ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಿವೆ. ಹೀಗೆ ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹತ್ತು ಹಲವು ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿವೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ, ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬಂದ ಬಹುಪಾಲು ಕೃತಿಗಳೆಲ್ಲವು ಅವರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತವುಗಳಾಗಿವೆಯೇ ಹೊರತು ಮಹಿಳಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ನಡೆದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ವಿರಳವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಮತ್ತು ಆ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿರುವ ಅರಿವನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಹಾಗೂ ಆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವ ಬಗೆಗೆ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಕಿರು ಲೇಖನ ಅಥವಾ ಕೃತಿಗಳು ಬಂದಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ವ್ಯಾಪಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಆಳವಾದ ಅಧ್ಯಯನಗಳು ನಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆ ಬಗೆಯ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

■■■

ಅಧ್ಯಾಯ : ಎರಡು

ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ

ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ

ಇತ್ತೀಚಿನ ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಜೀವನ ನಿರೀಕ್ಷೆಯದರ, ಶಿಶುಮರಣದರ ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷರತೆಯ ದರಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುತ್ತಿರುವ ಆಶಾದಾಯಕ ಬದಲಾವಣೆಯೆ ನಿದರ್ಶನ. ಆದರೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ಅದರಲ್ಲೂ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ಕೊಂಚ ಭಿನ್ನವಾಗಿವೆ. ಈ ಭಿನ್ನತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಿ, ಕುಟುಂಬ, ಸಮಾಜದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಹಿಸಬೇಕೆಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಾಯವು ರೂಪಗೊಂಡಿದ್ದು, ಇದರಲ್ಲಿ ಈವರೆಗೂ ನಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿ ಅದರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವು ಪರಿಭಾವಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ? ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಲಾಗುವುದು. ಅದೇ ರೀತಿ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಏನು ಹೇಳುತ್ತದೆ? ಅಂದರೆ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಏನಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳೇನು ಹಾಗೂ ಆ ಬಗೆಯ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣಗಳೇನು? ಎಂಬುದನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

೨.೧. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ನಿರ್ವಚನ

ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬುದು ತೀರಾ ಪರಿಚಿತ ಪದ. ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ನಮಗೆಷ್ಟೆ ಸಂದೇಹರಹಿತ ದೃಢ ವಿಶ್ವಾಸವಿದ್ದರೂ 'ಆರೋಗ್ಯ'ದ ನಿರ್ವಚನವನ್ನು ಸೂಕ್ತವಾಗಿ, ಸಮಗ್ರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ವಿವರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯ. ಆದರೂ ಕೆಲವು ತಜ್ಞರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ತಮ್ಮದೇ ಆದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸುವಾಗ 'ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂದರೇನು ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಕೇಳಿದರೆ ಅವರು ತಟ್ಟನೆ ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದು ಹೀಗೆ; 'ರೋಗಗಳು ಬರದೆ ಇರುವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂದು.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಇನ್ನು ಕೆಲವರು 'ದೇಹ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ' ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ 'ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸದೃಡವಾಗಿರುವುದಕ್ಕೆ' ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರನ್ನು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರನ್ನು ಮತ್ತಿತರ ಕೆಲ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಅಧಿಕಾರಿ ವರ್ಗದವರನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ, 'ಆರೋಗ್ಯ' ಎನ್ನುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು? ಎಂಬುದನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ ಅವರು ವ್ಯಕ್ತ ಪಡಿಸಿರುವ ವಿಚಾರಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ.

ಬೀದರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿ ಡಾ. ಶಂಕರ ಕೊಂಡೆದ್ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ''ಕೇವಲ ನಿರೋಗಿ ಆಗಿರುವುದೇ ಆರೋಗ್ಯವಲ್ಲ. ಹಾಗಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಅವರನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಹೇಳಲಿಕ್ಕಾಗದು. ಅನೇಕರಿಗೆ ಚೈತನ್ಯ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ಆಸಕ್ತಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ಯಾವುದೇ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಹುಮ್ಮಸ್ಸಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂಥವರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವಂತರು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗದು. ಚೈತನ್ಯ, ಉತ್ಸಾಹವಿದ್ದು, ಲವಲವಿಕೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದು, ಮುಖದಲ್ಲಿ ಕಳೆಯಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ವಿಚಾರ ಹಾಗೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು. ಇವೆಲ್ಲವು ಇದ್ದರೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತರು ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೆ ಈ ಯಾವ ಅಂಶಗಳು ಕಂಡುಬರದೆ ನನಗೆ ಯಾವುದು ರೋಗವಿಲ್ಲ ನಾನು ನಿರೋಗಿ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯವಂತಳು ಎಂದು ಹೇಳಿದರೆ ಅದು ಅಷ್ಟು ಸಮಂಜಸವೆನಿಸುವುದಿಲ್ಲ'' ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು.

ಬೀದರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನ ಸಂತಪುರ ಗ್ರಾಮದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ. ಮಹೇಶ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ, ''ಭೌತಿಕವಾಗಿ, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದು, ಯಾವುದೇ ರೋಗಗಳು ಇರಲಾರದಂತೆ ಇರುವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ''ವಾಗಿದೆ.

ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯಾದ ಡಾ.ಟಕ್ಕಳಕೆ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದ ಪ್ರಕಾರ ''ಪರಿಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸದೃಡವಾಗಿರುವುದಾಗಿದೆ.

ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ದೇವದುರ್ಗ ತಾಲೂಕಿನ ಗಬ್ಬೂರು ಗ್ರಾಮದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ. ಎಂ.ಎಂ. ಹುಸೇನ ಅವರು ''ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗಿದ್ದು, ಶಾರೀರಿಕವಾಗಿ, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದೇ'' ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನತ್ತಾರೆ.

ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಯಲಬುರ್ಗಾ ತಾಲೂಕಿನ ಬೇವೂರ ಗ್ರಾಮದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ.ಕೆ.ಎಚ್.ತೊಗರಿ, ಅವರು ''ಮಾನಸಿಕ, ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಈ ಮೂರು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಇದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ'' ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಎಂ.ಆರ್. ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜಿನ ಪ್ರೊ.ಡಾ.ಜಿ.ಬಿ. ರಾಯರಾಮ ಅವರು ''ಆರೋಗ್ಯ ಮನುಷ್ಯನ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಸುಸ್ಥಿತಿಯ ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎಲ್ಲ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುಣಧರ್ಮಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಜೀವನದ ಸುಖ ಸಂತೋಷಗಳಿಗೆ ಅಡಿಪಾಯವಾಗಿದೆ ಅದು ಇದ್ದಾಗ ಗೊತ್ತಾಗದೆ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲದಾಗ ತನ್ನ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತೋರಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ'' ಎಂಬ ವಿಚಾರವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಮಾಶಾಳ ಗ್ರಾಮದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರದ ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯಾದ (L.H.V) ಅಜಿಮುನ್ನಿಸ್ಸಾಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ ''ಮನಸ್ಸು ಮತ್ತು ದೇಹ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರೇ ಅದುವೇ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿದೆ'' ಎನ್ನತ್ತಾರೆ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತು ಇವರೆಲ್ಲರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಕಡಿಮೆ ಎಲ್ಲರ ವಿಚಾರವು ಒಂದೇ ರೀತಿಯಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಎಲ್ಲ ಹೇಳಿಕೆಗಳಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವದು ದೇಹಕ್ಕೂ, ಮನಸ್ಸಿಗೂ, ಮತ್ತು ನಾವು ವಾಸಿಸುವ ಪರಿಸರ ಅಥವಾ ಸಮಾಜಕ್ಕೂ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವಂತಹದ್ದಾಗಿದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಇನ್ನು ಕೆಲವು ತಜ್ಞರು, ವಿದ್ವಾಂಸರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು ನಮಗೆ ಕಾಣಸಿಗುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಹಾತ್ಮಾ ಗಾಂಧೀಜಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಡುವಂತೆ, ''ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೇಹವು ಸೌಖ್ಯದಿಂದಿರುವುದೆಂದರ್ಥ. ಮೈಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ತರಹದ ರೋಗ ರುಜಿನಗಳಿಲ್ಲದೇ ಅನಾಯಾಸವಾಗಿ ದಿನವೆಲ್ಲಾ ತನ್ನ ಸಹಜ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲವನನ್ನು ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯಶಾಲಿಯೆನ್ನಬಹುದು. ದಿನದಲ್ಲಿ ಅವನು ಹತ್ತು ಹನ್ನೆರಡು ಮೈಲಿ ನಿರಾಯಾಸದಿಂದ ನಡೆಯಬಲ್ಲ; ಸಾಧಾರಣ ಶರೀರ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಯಾವ ದಣಿವೂ ಇಲ್ಲದೇ ಮಾಡಬಲ್ಲ; ಸಾಮಾನ್ಯ ಸರಳ ಆಹಾರವನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಅರಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲ; ಅವನ ಮನಸ್ಸು ಮತ್ತು ಇಂದ್ರಿಯಗಳು ಸಮರಸವಾಗಿಯೂ, ಸಮಚಿತ್ತವಾಗಿಯೂ ಇರುತ್ತದೆ. ಈ ಲಕ್ಷಣಗಳ ನಿರೂಪಣೆ ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯ ಪಂದ್ಯಗಳಿಗೆ ಸ್ಪರ್ಧಿಸುವಂಥವರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಸಾಧಾರಣ ದೇಹಬಲ ಉಳ್ಳವನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುತ್ತಾನೆಂದೂ ಹೇಳುವಂತಿಲ್ಲ. ದೇಹದ ಇನ್ನಾವುದೋ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಲೋಪವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿಕೊಂಡು, ಬರೀ ಮಾಂಸ-ಖಂಡಗಳಿಂದ ಮೈ ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾನೆಂದಷ್ಟೇ ಹೇಳಬಹುದು''. (ಉದೃತ : ಬಿಜಲಾನಿ ಆರ್.ಎಲ್, ಮಂಚಂದ ಎಸ್.ಕೆ : ೧೯೯೬; ಪು-೧)

ಬಿ.ಎಸ್. ಸುಬ್ರಾಮ್ ಅವರು ''ದೈಹಿಕವಾಗಿ, ಬೌದ್ಧಿಕವಾಗಿ, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯಶಾಲಿಯಾದವನು ನಿರೋಗಿಯೆನ್ನಬಹುದು'' (ಸುಬ್ರಾಮ್.ಬಿ.ಎಸ್; ೧೯೮೬; ಪು-೧೦) ಎನ್ನತ್ತಾರೆ.

ಪಿ.ಬಿ. ಕಲ್ಲಾಪೂರ ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ''ನಿರ್ದಿಷ್ಟರೋಗರಹಿತ ಅಥವಾ ಅಂಗ ವೈಕಲ್ಯರಹಿತ'' ಎಂಬುವುದಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಇದರ ಅರ್ಥ ಸೀಮಿತವಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇಂದು ''ದೈಹಿಕ ಮಾನಸಿಕ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸ್ಥಿತಿಗಳ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವೇ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ವ್ಯಾಖ್ಯೆ ಗ್ರಾಹ್ಯವಾಗಿದೆ'' (ಕಲ್ಲಾಪೂರ.ಪಿ.ಬಿ; ೧೯೮೭; ಪು-೬೦೫) ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಟಿ.ಎಸ್.ಸತ್ಯನಾರಾಯಣರಾವ್ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಂತೆ ''ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಎನ್ನಲು ಕಾಯಿಲೆಯಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಸಾಲದು. ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಎಲ್ಲಾ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ ಸಮರ್ಪಕನಾಗಿರುವುದು ಅವಶ್ಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಲೈಂಗಿಕತೆಯೂ ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯ. ಅವೆರಡಕ್ಕೂ ಬಿಡದ ನಂಟು. ಹೇಗೆ ಮನಸ್ಸು

ದೇಹಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೋ, ಹಾಗೆಯೇ ಲೈಂಗಿಕತೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯತನದಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಿ ಮನುಷ್ಯ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ದುರ್ಬಲನಾಗಿದ್ದಾನೋ, ಅಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ನ್ಯೂನತೆಯಿದೆಯೆಂದೇ ಅರ್ಥ'' (ಸತ್ಯನಾರಾಯಣರಾವ್.ಟಿ.ಎಸ್; ೨೦೦೦; ಪು-೧೭)

ಇನ್ನು ಆಯುರ್ವೇದ ರೀತ್ಯಾಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ''ಕೇವಲ ಶಾರೀರಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಇಂದ್ರಿಯ, ಮನಸ್ಸು ಮತ್ತು ಆತ್ಮ ಇವುಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಸುಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಎಂದು ಹೆಸರಿಸಿ ಸ್ವಸ್ಥನ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ಈ ರೀತಿ ವರ್ಣಿಸಿದ್ದಾರೆ :

''ಸಮದೋಷ ಸಮಾಗ್ನಿಶ್ಚ ಸಮಧಾತು ಮಲಕ್ರಿಯಾ

ಪ್ರಸನ್ನಾತ್ಮೇಂದ್ರಿಯ ಮನಾಃ ಸಸ್ಥ ಇತ್ಯಬಿದೀಯತೆ''

ಅಂದರೆ ಯಾವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ದೋಷಗಳು (ವಾತ, ಪಿತ್ತ, ಕಫ) ಅಗ್ನಿ, ಧಾತುಗಳು (ರಸ, ರಕ್ತ, ಮಾಂಸ, ಮೇದ, ಅಸ್ಥಿ, ಮಜ್ಜಿ ಮತ್ತು ಶುಕ್ರ) ಮಲಗಳು (ಪುರೀಷ, ಮೂತ್ರ, ಸ್ವೇದ) ಇವುಗಳು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಯೌವನದಲ್ಲಿ ಇಂದ್ರಿಯ ಮನಸ್ಸು ಹಾಗೂ ಆತ್ಮ ಪಸನ್ನವಾಗಿರುತ್ತದೆಯೋ ಅವನನ್ನು ಸ್ವಸ್ತ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ'' (ಉದೃತ : ವಿ.ಆರ್. ಪದ್ಮನಾಭರಾವ್; ೨೦೦೧; ಮುನ್ನುಡಿಯಿಂದ)

ಈ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಾತ್ಮಾಗಾಂಧೀಜಿಯವರು ಹೇಳಿದ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಸ್ಥಿತಿಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವು ಕೇವಲ ಪುರುಷನನ್ನೇ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ನಿರ್ವಚಿಸಿದಂತೆ ತೋರುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತ ಚರ್ಚೆ ಅದೃಶ್ಯವಾಗಿದೆ. ಡಾ.ಬಿ.ಎಸ್ ಸುಬ್ರಾಮ್ ಅವರು ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಜೊತೆಗೆ ಇವರು ಬೌದ್ಧಿಕವಾಗಿ ಕೂಡ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಪಿ.ಬಿ. ಕಲ್ಲಾಪೂರ ಅವರೂ ಸಹ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಟಿ.ಎಸ್.ಸತ್ಯನಾರಾಯಣರಾವ್ ಅವರ ವಿಚಾರಗಳು ಇತರರಿಗಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಭಿನ್ನವೆನಿಸುತ್ತವೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಎಲ್ಲ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿರುವುದು ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇವರು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಲೈಂಗಿಕತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಇವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯದ ಪ್ರಕಾರ ಲೈಂಗಿಕತೆಗೂ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ ಪೂರಕವಾದ ಸಂಬಂಧವಿದ್ದು, ಲೈಂಗಿಕತೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನು ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇಂದ್ರಿಯ, ಮನಸ್ಸು, ಆತ್ಮ ಇವುಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ ಇದ್ದು ಕೇವಲ ಶಾರೀರಿಕವಾಗಿಯಲ್ಲದೆ ಇವೆಲ್ಲವುಗಳು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಮಹಾತ್ಮಾಗಾಂಧೀಜಿ ಅವರ ಹಾಗೂ ಸತ್ಯನಾರಾಯಣರಾವ್ ಟಿ.ಎಸ್. ಅವರು ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನ ಹಾಗೂ ಆಯುರ್ವೇದ ವಿಜ್ಞಾನದ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನ ಪುರುಷಕೇಂದ್ರಿತವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಪುರುಷನಿಷ್ಠವಾಗಿ ನಿರ್ವಚನಗೊಂಡಿವೆ. 'ಆರೋಗ್ಯ' ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಲಿಂಗನಿರಪೇಕ್ಷತೆಯಾಗಿ ಕಂಡರೂ, ನಿರ್ವಚನದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಪಕ್ಷಪಾತಿಯಾಗಿ, ಪುರುಷನಿಷ್ಠವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಪುರುಷಕೇಂದ್ರಿತವಾಗಿ ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

"Health" is one of those terms which most people find it difficult to define although they are confident of its meaning. Therefore, many definitions of health have been offered from time to time including the following:

A. ''The condition of being sound in body, mind or spirit, especially freedom from physical disease or pain'' (Webster);

b. ''Soundness of body or mind; that condition in which its functions are duly and efficiently discharged'' (Oxford English Dictionary);

c. The concepts of 'health' and 'disease' which are relative and culture specfic assume diffrent meanings even in some society, Health for example, is viewed simply as absence of disease or infirmity since such a notion dose not provide a total view, WHO defined health as a state of complete physical, mental and social wellbeing. Health is defined also in purely physical terms, that is, height, weight, apperance associated with this is the concept of 'mental health' which has come to assume great importance with the wake in stress and tension resvlting from rapid techonological and social changes. Mental health as a state free from worries, anxieties, stress, tension and frustration is greatly influenced by the social environment (Basu sc; 1977; P.12)

ಇವೆಲ್ಲವುಗಳಿಗಿಂತ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವೆಂದರೆ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯದು. ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ (WHO) ೧೯೪೮ರಲ್ಲಿ ತನ್ನ ಶಾಸನ ಪೀಠಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ''ಕೇವಲ ರೋಗರಹಿತ ಸ್ಥಿತಿಯಾಗಲೀ, ದೇಹದಾರ್ಢ್ಯತೆ ಇರುವುದಾಗಲೀ ಅಲ್ಲ. ಪರಿಪೂರ್ಣ ಭೌತಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸುಸ್ಥಿತಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ '' ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದೆ. (ಮಹಾಬಲರಾಜು.ಡಿ.ಕೆ; ೨೦೦೫; ಪು.೧೮)

ಈವರೆಗೂ ಗಮನಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸುಸ್ಥಿತಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಮೇಲಿನ ಕೆಲವು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳು ಮೇಲುನೋಟಕ್ಕೆ ಲಿಂಗನಿರಪೇಕ್ಷ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಪುರುಷ ಇಬ್ಬರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅನುಲಕ್ಷಿಸಿ ಹೇಳಿದಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಪುರುಷ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ದೈಹಿಕ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಜೈವಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ಭಿನ್ನತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಬರುವ ಕೆಲವು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ಭಿನ್ನತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಉದಾ: ಗರ್ಭಕೋಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಋತುಚಕ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ. ಈ ರೀತಿಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಿಗಷ್ಟೇ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಬಹುಪಾಲು ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಮಹಿಳೆ ಪುರುಷರಿಬ್ಬರಲ್ಲಿಯೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಇರುವ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಗಳು ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲಿಯೂ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಆರೋಗ್ಯವು

ದೈಹಿಕ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಎನ್ನುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯವು ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜವು ಪುರುಷರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಕೊಟ್ಟಂತೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ನೀಡಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಹಾಗಾಗಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯು ನೀಡಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಇತರ ತಜ್ಞರು, ವಿದ್ವಾಂಸರು ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ಅಭಿಪ್ರಾಯದ ಪ್ರಕಾರ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ಏಕೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನತೆ ದೇಹಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಎಂದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಈ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೂಡ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವುದರಿಂದ ಇನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಗತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವುದು ದೂರದ ಮಾತೇ ಸರಿ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾತ್ರ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ ಎಂದರೂ ಅದು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿರುವ ಕಾಳಜಿಯಿಂದಲ್ಲ. ಅದರ ಹಿಂದಿರುವ ತಾತ್ವಿಕತೆಯೇ ಬೇರೆ. ''ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯನಂತರದಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಪ್ರಗತಿಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯ'ವು ಸೇರಿತಾದರೂ ಅದು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ನೆಲೆಯಾಗಿಸಿಯೇ ಪರಿಭಾವಿಸಿತು. ಅಂದರೆ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡಿತು. ಸ್ತ್ರೀಯು ಮಾನವ ಜನಾಂಗವನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆ ಗಮನಹರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂಬ ಆಲೋಚನೆಯೂ ಆರೋಗ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಿಂತನೆಯ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಅದಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ತಾಯ್ತನದ ಹಂತದಲ್ಲಿನ ಅವಳ ದೈಹಿಕ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥಕ್ಕೆ ಗಮನಹರಿಸಲಾಯಿತು'' (ಉಷಾ.ಎಂ;೨೦೦೪;ಪು.೧೫೭) ಹಾಗಾಗಿ ಈಗಲೂ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿವಹಿಸಿದಂತೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಕುಟುಂಬದ ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ನಿಭಾಯಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವ ಕುಟುಂಬದ ಕೈಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಮಲಗಿದರೆ ಮನೆಯ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳೆಲ್ಲ ನಿಂತು ಹೋಗುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾದಾಗ ಅವರಿಗೆ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಔಷದೋಪಚಾರ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೊಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬಡಕುಟುಂಬದ ಮಹಿಳೆಯರಾಗಿದ್ದರೆ ಅವರಿಗೆ ಇದು ಕೂಡ ದುರ್ಲಭ ಏಕೆಂದರೆ ಆ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದರೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಉಪಚಾರವೇನು ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ.ಹೆಚ್ಚಂದರೆ ತಾವು ಮಾಡುವ ಕೂಲಿ ಕೆಲಸವನ್ನು ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಬಿಟ್ಟು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿದು ಮಲಗಬಹುದಷ್ಟೆ. ಇಲ್ಲವೆ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವರೂಪ ಗಂಭೀರವಾದಾಗ ಮಾತ್ರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿಬರುತ್ತಾರೆ. ಏನಿದ್ದರೂ ಅವರು ತಮ್ಮ ಎರಡು ದಿನದ ಕೂಲಿ ನಷ್ಟವಾಯಿತೆಂದು ಮೂರನೆ ದಿನ ಕೂಲಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗಬೇಕೆಂದು ಹಾಸಿಗೆಯಿಂದ ಎದ್ದುಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಬಡ ಮಹಿಳೆಯ ಬದುಕಿನ ವ್ಯಥೆಯೂ-ಸ್ಥಿತಿಯೂ ಆಗಿದೆ.

ಇನ್ನು ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ನಿತ್ಯವೂ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಮಾನಸಿಕ ಹಿಂಸೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ನೆಮ್ಮದಿಯಿಂದಿದ್ದಾರೋ ಇಲ್ಲವೋ? ಅವರಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆಯೋ? ಎನ್ನುವ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ಯಾರು ಕಾಳಜಿಯಿಂದ ವಿಚಾರಿಸುವ ಗೊಡವೆಗೆ ಹೋಗಲಾರರು. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತಾವು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು ಅಥವಾ ಹಿಂಸೆಗಳು ಅಧಿಕವಾಗಿ ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕೆಟ್ಟರೆ ಅವರಿಗೆ ಮನೋರೋಗ ತಜ್ಞರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡದೆ ದೆವ್ವ-ಭೂತ, ಬಡೆದಿದೆ ಎಂದು ಅವರನ್ನು ದೆವ್ವ-ಭೂತ ಬಿಡಿಸುವ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಮತ್ತಷ್ಟು ಹಿಂಸೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಈಗಲೂ ಅನೇಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಉತ್ತಮ ಉದಾಹರಣೆ ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ದೇವಲಗಾಣಗಾಪುರ. ಈ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಈಗಲೂ ಈ ರೀತಿಯ ಪದ್ಧತಿಗಳು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿದೆ.

ಭಾರತೀಯ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಾನಮಾನಗಳನ್ನು ನೀಡಿಲ್ಲದಿರುವದರಿಂದ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಶಿಕ್ಷಣದಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಿರುವದರಿಂದ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಇವರು ಇನ್ನು ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದು, ಅನಾರೋಗ್ಯಕರ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಜೀವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಈಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನಗಳ ಪ್ರಕಾರ ವಾಸ್ತವ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಕಮಲಾಪುರ ಗ್ರಾಮದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ.ಕಮಲಮ್ಮನವರು ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಪುರುಷರು ಭಿನ್ನ ದೈಹಿಕ ರಚನೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ಅವರಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಜೈವಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಭಿನ್ನವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿದರೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಈಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ವಿವರಗಳು ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಮಹಿಳಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಪುನಃ ನಿರ್ವಚಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು.

ಸ್ತ್ರೀಪರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಹೇಳಿರುವ ಡಾ.ಕಮಲಮ್ಮನವರ ಈ ವಿಚಾರವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಳ್ಳಿಹಾಕುವದಕ್ಕೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮಹಿಳಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಈ ರೀತಿ ಹೇಳಬಹುದು. ''ಮಹಿಳೆ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಅವಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಹಿಳೆ ಎಂದು, ಅಂತೆಯೇ ಮಹಿಳೆಯು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಅಸ್ವಸ್ಥವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಆಕೆಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಎಂದು ಕರೆಯಬಹುದು'' ಮಹಿಳೆಯ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೂ ಅವಳು ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಕೌಟುಂಬಿಕ ವಲಯ, ಸಮಾಜ, ಪರಿಸರಗಳಿಗೂ ಪೂರಕವಾದ ಸಂಬಂಧವಿರುತ್ತವೆ. ಉದಾ: ಮಹಿಳೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಆಕೆಯು ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ಮಾನಸಿಕ ಹಿಂಸೆಗಳನ್ನು

ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಅವಳಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ನೆಮ್ಮದಿಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಅವಳು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದರೂ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುವ ಸಂಭವವಿರುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಅವಳು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುವದಕ್ಕೂ ಅವಳು ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೂ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾದ ಸಂಬಂಧಗಳಿರುತ್ತವೆ.

೨.೨ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ: ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ತಿಳುವಳಿಕೆ

ಮಾನವರ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಸುಸ್ಥಿತಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದೆ.ಒಂದು ಸಮಾಜ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರ್ಣವಾಗಿರಬೇಕಾದರೆ ಆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಎಲ್ಲ ಸದಸ್ಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗಿರಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯಕರ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಮನಸ್ಸು ಇದ್ದರೆ ಅದು ಜೀವನವನ್ನು ಚೇತೋಹಾರಿಯಾಗಿಸುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂವರ್ಧನೆಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಬಹುಮಹತ್ವವಾದುದು. ಸಮಾಜದ ಮೂಲ ಘಟಕವಾದ ಜನತೆ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಬಲ ಸಂವರ್ಧನೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಅನೇಕ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನದಿಂದ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ.

ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಜನತೆಯು 'ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೇವರಿಂದ ಸಿಗುವುದು' ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರು. ದುಷ್ಪಶಕ್ತಿಗಳು, ಪ್ರೇತ ಪಿಶಾಚಿಗಳು, ಪ್ರಾರಬ್ಧ ಅನಿಷ್ಟಗಳಿಂದ ರೋಗ ತಲೆದೋರಿ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಧಕ್ಕೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇಂದು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಾಧನೆಗಳಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ದೂರಮಾಡಲು ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ನಿರಂತರ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಜೀವಾಣು ಸೋಂಕು, ನ್ಯೂನ್ಯ ಪೋಷಣೆ, ರಸದೂತಗಳ ವ್ಯತ್ಯಯ, ಇನ್ನಿತರ ರೋಗಗಳ ಉದ್ಭವಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದು, ಅನೇಕ ದಾರಿಗಳಿಂದ ಅನಿರೀಕ್ಷತೆಯಿಂದ ಅನಾರೋಗ್ಯವು ಬಂದು ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಧಾಳಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅಂಗದಲ್ಲಿ ತಲೆದೋರುವ ರೋಗ-ರುಜಿನಗಳಿಂದ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು -ಚಿಹ್ನೆಗಳು, ಉಪಚಾರ ಮತ್ತು ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ ವಿವರವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗಳು ನೀಡುವ ಮಾಹಿತಿಯ ಮೂಲಕ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ರೋಗವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಲು ಉಪಯುಕ್ತವಾದ ಉಪಕರಣಗಳು ಇಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಾಗಿವೆ.

ಹೀಗೆ ಅನಾದಿ ಕಾಲದಿಂದ ಮನುಷ್ಯರು ತಮ್ಮದೇ ಆದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಔಷಧಿ ಕೊಟ್ಟು ಕಾಯಿಲೆ ವಾಸಿ ಮಾಡುವ ಹಳ್ಳಿ ವೈದ್ಯವೂ ನಮ್ಮಲ್ಲಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ನಾಗರಿಕ ವಿಜ್ಞಾನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಆವಿಷ್ಕಾರಗೊಂಡ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಔಷದೋಪಚಾರಗಳ ಸೌಲಭ್ಯವು ನಮ್ಮಲ್ಲಿದೆ. ಒಟ್ಟನಲ್ಲಿ ಮೈ ಕೈ ನೋವಿನಂಥ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ಪ್ರಾಣಾಂತಿಕವಾಗಿ ಕಾಡುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳವರೆಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವ ಈ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನವು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನೋವು ಕಷ್ಟಗಳಿಲ್ಲದೆ ಜೀವಿಸಬೇಕೆಂಬುದಕ್ಕಾಗಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ದೈಹಿಕ ಸಂಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಕುರಿತು ಸದಾ ಚಿಂತಿಸುತ್ತದೆ.ಈ ಹಿನ್ನಲೆಯಿಂದಲೇ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುತ್ತದೆ. ಜೀವಂತ ವಸ್ತುವಿನ ರಚನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ

ಮಾನವ ಶರೀರ ರಚನಾಶಾಸ್ತ್ರವು, ಮಾನವ ದೇಹ ಮತ್ತು ಮೂಳೆ, ಹೃದಯ, ಮಿದುಳು ಮೊದಲಾದ ಅಂಗ ಭಾಗಗಳ ರೂಪ ಮತ್ತು ರಚನೆಯನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸುವ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ ಮಹತ್ವದ ಸ್ಥಾನ ಪಡೆದಿದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರ ಪ್ರವೇಶಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಸಿಕ್ಕಿದ್ದು ಎರಡು ರೀತಿಯ ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗವಕಾಶವು ದೊರೆತಿದ್ದು, ಮತ್ತೊಂದು ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ಬರುವ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಮತ್ತು ತಮ್ಮ ಗುಪ್ತಾಂಗ ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗೆಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಿದ್ದರು ಇಲ್ಲವೆ ಸಂಕೋಚ ಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು. ಆದರೆ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಂಗ ಪ್ರವೇಶಿಸಿದಾಗಿನಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆ. ಹೀಗೆ ಇಂದು ತಾಂತ್ರಿಕತೆಯಿಂದ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ, ಪುರುಷರ ದೇಹದ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಅಂಗಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿದ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿದ್ದರೂ ಮಹಿಳೆಯರು ದಿನನಿತ್ಯ ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿ ಬರುವ ತಮ್ಮ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಭೇಟಿಯಾಗುವುದು ದುಸ್ತರವಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ರೂಪಿತವಾದದ್ದೇ ಜನರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವಂತರನ್ನಾಗಿಡಬೇಕೆಂಬ ಅಥವಾ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತರನ್ನಾಗಿಸಬೇಕೆಂಬ ಹಂಬಲದಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಅಥವಾ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ರೂಪಗೊಂಡಂತದ್ದು, ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅನೇಕ ಅನುಕೂಲಗಳಾಗಿವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ವಸ್ತುಅಥವಾ ಸೌಲಭ್ಯದಿಂದ ಅನುಕೂಲವಿರುವಂತೆ ಅನಾನುಕೂಲಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಅಂತೆಯೇ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನವನ್ನು ನಾವು ಯಾವ ರೀತಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ ಅಥವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅವು ಯಾವ ರೀತಿ ಬಳಕೆಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅದರ ಒಳಿತು ಮತ್ತು ಕೆಡಕುಗಳನ್ನು ಮಾಪನ ಮಾಡಬಹುದು.

ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಹೊಸ ಹೊಸ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ, ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೀಗೆ ಕೆಲವು ಉಪಯೋಗಗಳಿದ್ದಾಗಲೂ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಈ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದಾಗಿಯೇ ಹೆಣ್ಣು ಇಂದು ಮತ್ತಷ್ಟು ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗ ಬೇಕಾದಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಬಂದೊದಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ನಿದರ್ಶನಗಳು ನಮಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಿಯಂತ್ರಣದ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯೋಜನೆ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಹೇಗೆ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನದ ಹೊಸ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳು ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗಿವೆ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಹಿಂದೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಮಕ್ಕಳು, ಕ್ರಮೇಣ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳು ಇದ್ದರೆ ಸಾಕು ಎನ್ನಲಾಯಿತು. ಈಗ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಒಂದೇ ಮಗು ಸಾಕು ಎನ್ನುವ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬಂದು ನಿಂತಿದೆ. ಹೀಗಿರುವಾಗ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಗಂಡು ಮಗುವುಗೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವಿದ್ದಂತೆ ಈಗಲೂ 'ಒಂದು ಮಗು ಸಾಕು' ಎಂದರೆ ಅದು ಗಂಡು ಮಗು ಆಗಬೇಕೆಂಬ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣುಸಂತತಿಯನ್ನೆ ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಬಹು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ನಡೆದುಕೊಂಡು ಬಂದಿತ್ತಾದರೂ ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ಮೇಲೆ ಅದು ಗಂಡೋ ಹೆಣ್ಣೋ ಎಂದು

ತಿಳಿಯುವವರೆಗೆ ಅವು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಈಗ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗಲೇ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಗು ಗಂಡೋ ಹೆಣ್ಣೋ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಹೆಣ್ಣಾಗಿದ್ದರೆ ಅಬಾರ್ಶನ್ ಮಾಡಿಸುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ವಿಧಾನವನ್ನು ನಾವು ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿದೆಯೇ ಇಲ್ಲವೊ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಆದರೆ ಇಂದು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ದುರುಪಯೋಗ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವೆಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಭ್ರೂಣಹತ್ಯೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅದೆ ರೀತಿ ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಂಜೆತನವನ್ನು ಸ್ತ್ರೀ ಕೇಂದ್ರಿತವಾಗಿ ನಿರ್ವಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರಿಂದ, ಬಂಜೆತನದ ಆರೋಪ ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಬಹಳಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ವೇದನೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇಂದು 'ಪ್ರನಾಳ ಶಿಶು' ವಿಧಾನವು ಮಕ್ಕಳಾಗದ ದಂಪತಿಗಳಿಗೆ ವರದಾನವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆನುವಂಶಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರನಾಳ ಶಿಶುವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ವಿಧಾನದಿಂದ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತವಾಗಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಸಮಾಜ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದೇ ವಿಧಾನವು ಹೆಣ್ಣು ಸಂತತಿಗೆ ಶಾಪವು ಆಗಬಹುದು. ಏಕೆಂದರೆ ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಜನ್ಮನೀಡಬೇಕೆಂದು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ ಮಗುವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಭಾರತೀಯ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಗಂಡು ಮಗುವಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಯಿದ್ದು ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿನ ಜನನವನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ನಿರಾಕರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದು ಮುಂದೊಂದು ದಿನ ಹೆಣ್ಣು ಸಂತತಿಯೇ ಇಲ್ಲದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡುವ ಅಪಾಯವನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ.

ಅಂತೆಯೇ ಹೆಣ್ಣಿನ ಹೆರಿಗೆಯು ಸಮಸ್ಯಾತ್ಮಕವಾಗಿದ್ದಾಗ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರವು ತಾಯಿ ಅಥವಾ ಮಗುವಿನ ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಅಪಾಯಗಳಿಂದ ಪಾರು ಮಾಡಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಕೆಲವೆಡೆ ವೈದ್ಯರು ಇದನ್ನೇ ಒಂದು ವ್ಯವಹಾರಿಕ ವೃತ್ತಿಯನ್ನಾಗಿಸಿಕೊಂಡು ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಗುಳಿಗೆ-ಔಷಧಿಗಳ, ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸಿಜೇರಿಯನ್‌ಗಳ ನೆಪದಲ್ಲಿ ಹಣ ಸುಲಿಯುವ ಮತ್ತು ಹೆಣ್ಣಿನ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ವಿವಿಧ ಪ್ರಯೋಗಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಯಾದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆಯೋಜಿಸಲಾದ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆಯೇ ಪ್ರಯೋಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ತಡವಾಗಿ ಮಗುವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಹೆರಿಗೆಗಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ಕಾಪಾಡುವದಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದಾಗಲಿ, ಕಾಪರ-ಟಿ ಧರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಮಕ್ಕಳು ಸಾಕೆನಿಸಿದಾಗ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಲಿ ಎಲ್ಲವನ್ನು ಮಹಿಳೆಯೇ ಪರಿಪಾಲಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನದ ಕೊಡುಗೆಯಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿತಗೊಳಿಸಬಹುದಾದರೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅನೇಕ ರೀತಿಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತಿವೆ. ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಹೊಸ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಉಪಯುಕ್ತದಂತೆ

ಕಂಡರೂ ಅದು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದನ್ನು ಸಹ ಗಂಭೀರವಾಗಿಯೇ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಹೀಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ನೇಮಿಚಂದ್ರ ಅವರು ಈ ರೀತಿ ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ''ಏಡ್ಸ್ ಭಾರತಕ್ಕೆಕಾಲಿಟ್ಟು ಸಾವಿರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹರಡುತ್ತಿರುವಾಗ ವರ್ಷವರ್ಷವೂ ಏಡ್ಸ್‌ಗೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಹೀಗಿದ್ದೂ ಬಹಳಷ್ಟು 'ಏಡ್ಸ್' ಜಾಹೀರಾತುಗಳು ಪುರುಷ ಕೇಂದ್ರಿತವಾಗಿದ್ದು 'ಕಾಂಡಮ್ಸ್‌ಧರಿಸಿ ಏಡ್ಸ್‌ನಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ'ಎಂದು ಕೇವಲ ಪುರುಷರ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಹೇಳುತ್ತವೆಯೇ ಹೊರತು. ಮಹಿಳೆಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಆಕೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿರುಂತಹ ಹೊಸ ವಿಧಾನಗಳತ್ತ ವಿಜ್ಞಾನ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನ ಹರಿಸಿಲ್ಲ (ನೇಮಿಚಂದ್ರ; ೨೦೦೧; ಪು-೯೪)

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನಾವು ಹೇಗೆ ಬಳಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ ಎನ್ನುವುದರ ಮೇಲೆ, ಅದು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವರವೂ ಆಗಬಹುದು ಇಲ್ಲವೆ ಶಾಪವೂ ಆಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಬಲ್ಲದು. ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಈ ಎಲ್ಲ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನವು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳು, ನಂಬಿಕೆಗಳ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವುದು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಂಶಗಳು ವಿಜ್ಞಾನ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಹಾದಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಈ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನದ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳನ್ನು ಹೆಣ್ಣಿನ ದೇಹದ ಮೇಲೆಯೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಯೋಗಿಸತೊಡಗಿದ್ದು, ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ತಿಳವಳಿಕೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುವ ಶೋಷಣೆಯ ಅಸ್ತ್ರಗಳಾಗಿಯೂ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆದರೆ ಇದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಬೀರುತ್ತಿರುವ ಸಂಗತಿ ಮಾತ್ರ ಕಡೆಗಣಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ.

೨.೩ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ: ಸಾಮಾಜಿಕ ಧೋರಣೆಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದು ಮೂಲಭೂತ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು. ಯಾವುದೇ ಸಮಾಜದ ಜನ ಜೀವನವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ ಆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ್ದು ಅವಶ್ಯ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಜೀವನ ನಡೆಯುವುದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿಯೂ ವಿಶಿಷ್ಠವಾದ ಜೀವನಕ್ರಮ, ಮೌಲ್ಯಗಳು ಹಾಗೂ ಆಚರಣೆಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಆಯಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನಿಯಮಗಳು ಹಾಗೂ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ಸಾಮಾಜೀಕರಣದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೂಲಕ ಎಲ್ಲ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಕಲಿಸಿಕೊಡುವಂತದ್ದು. ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸ್ವರೂಪ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಗಳು ಸಮಾಜದಿಂದ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ, ಕಾಲದಿಂದ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಭಿನ್ನವಾಗಿದ್ದು, ಸಂಸ್ಥೆ ಎನ್ನುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಮ್ಮ ಸದಸ್ಯರ ಜೀವನಾವಶ್ಯಕಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅವರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನ ಹರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಹರಿಸಿ ಅವರ ಜೀವನ ಸುಗಮವಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸರಕಾರದ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದು, ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಆಚರಿಸಿಕೊಂಡು

ಬಂದಂಥ ಸಂಪ್ರದಾಯ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆ ಪದ್ಧತಿಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಅವು ಅವರನ್ನು ದಾರಿ ತಪ್ಪಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯದಂಥ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಮಾಜವು ಅವಗಣಿಸುತ್ತಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪ್ರಕಾರ ನರಗಳ ದೌರ್ಬಲ್ಯ, ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆ, ಪರಿಸರ ಬದಲಾವಣೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧೋಗತಿಗೆ ಇಳಿದರೆ ಅವುಗಳಿಗೆ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯ ಪಟ್ಟಕಟ್ಟಿ ದೇವರು-ದೆವ್ವ, ಮಾಟ-ಮಂತ್ರ, ಮದ್ದು ಇನ್ನಿತರ ಸಂಶಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿ ವ್ಯರ್ಥವಾಗಿ ಹಣ ದುರುಪಯೋಗ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ಮುಂದಾಗುತ್ತಾರೆ. ಹಲವಾರು ಪದ್ಧತಿಗಳಿಗೆ ಮೊರೆಹೋಗಿ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾಗಲು ಈ ದೇವರು ದೆವ್ವ-ಭೂತಗಳೇ ಕಾರಣವೆಂದು ನಂಬಿ ಸ್ತ್ರೀ-ಪುರುಷರೆನ್ನದೇ, ಶ್ರೀಮಂತ-ಬಡವರೆನ್ನದೆ, ಗ್ರಾಮೀಣ-ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶಗಳೆನ್ನದೆ, ವಿದ್ಯಾವಂತ-ಅವಿದ್ಯಾವಂತರೆನ್ನದೆ ಎಲ್ಲರೂ ಕಂದಚಾರ ಪದ್ಧತಿಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು ಪುರುಷನ ಪರವಾಗಿರುವುದು ಸಹಜ. ಹಾಗಾಗಿ ಹಕ್ಕುಗಳು ಪುರುಷನದು, ಬಾಧ್ಯತೆಗಳೆಲ್ಲವೂ ಮಹಿಳೆಯರದು ಎಂದಾಗಿಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಯೂ ಹಲವು ಆಯಾಮಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಹಿಂಸೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಪರಿಣಾಮ ಕೂಡ ಪ್ರಮುಖವಾದದ್ದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಅವರ ಮೇಲಿನ ಒತ್ತಡ, ಖಿನ್ನತೆ ಕೀಳಿರಿಮೆ, ಒಂಟಿತನ ಹಾಗೂ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳಿಗೆ ಕುಟುಂಬವೆ ಕಾರಣವೆಂದು ಕೆಲವು ಅಧ್ಯಯನಗಳು ಗುರುತಿಸುತ್ತವೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲಿನ ಹಿಂಸೆ ಹಲವು ನೆಲೆಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳ, ಗಂಡನಿಂದ ಹಿಂಸೆ, ವರದಕ್ಷಿಣೆ ಹಿಂಸೆ ಇಂತಹ ಹಲವು ಹಿಂಸೆಗಳು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಅದಲ್ಲದೆ ತಾನು ಅಷ್ಟೇನೂ ರೂಪವತಿಯಲ್ಲವೆಂಬ ಕೀಳಿರಿಮೆ, ಹೆಣ್ಣು ಮಗು ಹೆರಬಾರದೆಂಬ ಕುಟುಂಬದವರ ಒತ್ತಡ, ಮಕ್ಕಳು ಆಗಲಿಲ್ಲವೆಂಬ ಕೊರಗು ಇತ್ಯಾದಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಗಂಭೀರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ. ಅತ್ಯಾಚಾರ, ಕೌಟುಂಬಿಕ ದೌರ್ಜನ್ಯ ಮೊದಲಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಗಳು ತಕ್ಷಣವೇ ಕಂಡುಬರುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಉಳಿದಂತೆ ಇಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ದೀರ್ಘಕಾಲಿನ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯರನ್ನಾಗಿ ನರಳಿಸುತ್ತಿವೆ.

ತಾಯ್ತನ ನಿಸರ್ಗದತ್ತ ವರ ಎಂಬುದು ಎಷ್ಟು ನಿಜವೋ ಈ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಆ ವರವನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ಪಾಲಿಗೆ ಶಾಪವಾಗಿ ತಿರುಚಿದೆ ಎಂಬುದು ಕೂಡ ಅಷ್ಟೇ ವಾಸ್ತವ. ಇಡೀ ಮಾನವಕುಲದ ಮೂಲಾಧಾರವಾದ ತಮ್ಮ ಗರ್ಭದ ಶಕ್ತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಮ್ಮೆ ಪಡಬೇಕಾದ್ದು ತೀರಾ ಸಹಜ. ಆದರೆ ಈಗಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ತಮ್ಮ ಗರ್ಭಾಶಯವೇ ತಮ್ಮೆಲ್ಲಾ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಮೂಲ ಎಂದು ಭಾವಿಸುವಂತಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಾನ್ಯತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾದರೆ, ಅವರು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಂತಾನ ಹೊಂದಿರಲೇಬೇಕೆಂಬ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆಪೇಕ್ಷೆಗಳಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಸಂತಾನವಿರದ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನೇಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂತಾನ ಶಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸೋತು ಮಾನಸಿಕನಾಗಿಯೂ, ದೈಹಿಕವಾಗಿಯೂ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಏಳಿಗೆಗೆ ಮಕ್ಕಳು ಬೇಕೆನ್ನುವ ಒತ್ತಡ

ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೆರಲೇಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲೂ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳನ್ನೂ ಹೆತ್ತುಕೊಡಬೇಕು ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಗಳೂ ಇವೆ. ಬಂಜೆತನಕ್ಕೂ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನೇ ಕಾರಣವಾಗಿಸಿದೆ. ಕೇವಲ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೆರುವುದು ಮಹಿಳೆಯರ ತಪ್ಪಲ್ಲ, ಗಂಡು ಮಗುವಾಗಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಪುರುಷನು ಮಾತ್ರ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಕಾರಣ ಎಂಬುದು ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ತಿಳುವಳಿಕೆ. ಆದರೆ ಸಮಾಜ ಅದಕ್ಕೆ ಸೊಪ್ಪು ಹಾಕುವುದಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬವನ್ನು ದಾಟಿ ಹೋಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ಮಹಿಳೆಯರು ಬಾಯಿ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡು ಈ ಶಿಕ್ಷೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಆದರೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣಿನ ಮಿಲನದಿಂದ ಜೀವಾಂಕುರವಾಗುವುದು ನಿಸರ್ಗ ಸಹಜವಾದುದು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಈ ಸಹಜ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ದಂಪತಿಗಳಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಸಂತಾನ ಫಲ ಕೊಡದೆ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನೇ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆ ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜನ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು 'ಬಂಜೆತನ' ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ದಂಪತಿಗಳು ಸಂತಾನಹೀನರೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಮದುವೆಯ ನಂತರದ ಒಂದೆರಡು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಗು ಪಡೆಯಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿದ ಒಂದು ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರವೂ ಗರ್ಭನಿಲ್ಲದೆ ಹೋದರೆ ಎಲ್ಲೋ ಏನೋ ದೋಷವಿದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆಗೆ ಗಂಡ ಅಥವಾ ಹೆಂಡತಿ ಇಬ್ಬರಲ್ಲಿ ದೋಷವಿರಬಹುದು ಅಥವಾ ಯಾರಾದರೊಬ್ಬರಲ್ಲಿಯೂ ದೋಷವಿರಬಹುದು.

ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರೆ ಕಾರಣವೆನ್ನುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಫಲ ಹೀನತೆಯ ದೋಷಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಹಾಗೂ ಗಂಡಸುತನ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಶಕ್ತಿಗೂ ಫಲಹೀನತೆಗೂ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲವೆಂದು ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಹೇಳುತ್ತದೆ. ಅವನಲ್ಲಿ ಸಂತಾನ ಸೃಷ್ಟಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಇಲ್ಲದಿರಬಹುದು. ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಲೈಂಗಿಕ ತೃಪ್ತಿಪಡಿಸುವ ಶಕ್ತಿ ಇದ್ದರೂ ಅವಳಿಗೆ ಮಗುವನ್ನು ಕೊಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಅವನಿಗೆ ಇಲ್ಲದಿರಬಹುದು. "ಹೆಣ್ಣಿನ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಲೋಪದೋಷಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ತಿಳಿದು ಬಂದಿರುವಷ್ಟು ಗಂಡಿನ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಲೋಪದೋಷಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದು ಬಂದಿಲ್ಲ. ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಫಲಹೀನತೆಗೆ ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳುಂಟು. ಇವುಗಳನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಐದು ಗುಂಪುಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು.

೧. ವೀರ್ಯಾಣುಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯ ದೋಷಗಳು

೨. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳು

೩. ವೀರ್ಯ ಚಿಮ್ಮಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಕು

೪. ವೀರ್ಯಾಣುಗಳ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಲೋಪದೋಷಗಳು

೫. ವೀರ್ಯ ವಿರೋಧಿ ಅಂಶಗಳು.

ಗಂಡಿನಲ್ಲಿ ಸಂತಾನಹೀನತೆ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲಿ ದೇಹದ ಅತಿ ಉಷ್ಣಾಂಶವೂ ಒಂದು. ಗಂಡಿನ ದೇಹದ ತಾಪಮಾನ ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ." (ಶಂಕರ್.ಪಿ.ಎಸ್:೧೯೯೫; ಪುಟ-೭೪)

[illegible]

ಮಕ್ಕಳಾಗದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಕಾರಣರಲ್ಲ ಎಂದು ಮೇಲಿನ ಅಂಶಗಳು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ. ಸಂತಾನ ಆಗದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಬಹುತೇಕ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಪುರುಷರೇ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ಅಂಶವೂ ಇದೆ. ಸಂತಾನ ಹೀನತೆಗೆ ಶೇ.೪೦ ರಷ್ಟು ಪುರುಷರು ಕಾರಣವಾದರೆ ಶೇ.೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನೂ ಶೇ. ೨೦ ರಷ್ಟು ಅರಿಯದ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಮಕ್ಕಳಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವಲಯದ ಸೋಂಕುಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತಿದ್ದು, ಅವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತಲಿವೆ. ''ಹೆಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಸಂತಾನಹೀನತೆಗೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಎರಡು ರೀತಿಯ ಕಾರಣಗಳಿರುತ್ತವೆ.

೧. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಅಂಗ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ದೋಷ.

೨. ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿನ ತಡೆ.

ಹೆಣ್ಣು ಋತು ಚಕ್ರದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಫಲವಂತಿಕೆಗೆ ಸಿದ್ಧಳಾಗುತ್ತಾಳೆ. ತಿಂಗಳಿಗೆ ಒಂದೇ ಒಂದು ಅಂಡಾಣು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ದಿನದಲ್ಲಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂಡಾಣು ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೀರ್ಯಾಣುವಿನ ಜೊತೆ ಕೂಡಲು ಅವಕಾಶ ದೊರೆತರೆ ಮಾತ್ರ ಗರ್ಭಕಟ್ಟುವುದು ಅಥವಾ ಗರ್ಭಾಂಕುರವಾಗುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಣ್ಣಿನ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅಂಗಗಳು ಯೋನಿ, ಗರ್ಭಗೊರಳು, ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಅಂಡಾಶಯ. ಇವುಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಕಿಂಚಿತ್ತು ದೋಷವಿದ್ದರೂ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದು ಖಚಿತ.'' (ಶಂಕರ್.ಪಿ.ಎಸ್:೨೦೦೫; ಪು-೭೪)

ಈ ರೀತಿಯ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆಯನ್ನು ಸಮಾಜವು ಒಂದು ಬಗೆಯ ದೈಹಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸದೆ ಅದೊಂದು ಶಾಪವೆಂಬಂತೆ ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆಯ ಬಗೆಗೆ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತೊಂದು ಪೂರ್ವಗ್ರಹ ಎಂದರೆ ಬಂಜೆತನಕ್ಕೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವೆಂಬ ಏಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಮಕ್ಕಳಾಗಿಲ್ಲವೆಂದರೆ ದೂಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವವರು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ. ಮಹಿಳೆಯರದೇ ತಪ್ಪು ಎಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಗಂಡಿನಲ್ಲಿರುವ ದೋಷದಿಂದಲೂ ಸಂತಾನ ಹೀನತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆಯಾದರೂ ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿಂದನೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವವಳು ಕೂಡ ಹೆಣ್ಣೇ ಆಗಿರುತ್ತಾಳೆ. ಯಾಕೆಂದರೆ ತಾಯ್ತನವನ್ನು ಒಂದು ಮೌಲ್ಯವಾಗಿಸಿದ ಸಮಾಜ ಪುರುಷರ ತಂದೆತನದ ಬಗೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಚಕಾರವೆತ್ತುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಂತಾನಹೀನತೆಯ ದೋಷ ಪುರುಷರಿಗಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಬಹಿರಂಗ ಪಡಿಸದೆ ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅದೇ ಒಂದು ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ಈ ಸಂತಾನಹೀನತೆಯ ದೋಷವಿದೆ ಎಂದರೆ ಅವಳು ಸಮಾಜ ನಿಂದನೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವುದಲ್ಲದೇ ಕೌಟುಂಬಿಕ ತಾತ್ಸಾರಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಾಳೆ. ವೈವಾಹಿಕ ಜೀವನದಿಂದಲೂ ದೂರವಾಗಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಬಂದೊದಗಬಹುದು. ಅಂದರೆ ಹೆಂಡತಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಾಗದು ಎಂದು ತಿಳಿದು ಮತ್ತೊಂದು ಮದುವೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮುಂದಾಗುತ್ತಾನೆ. ಸಮಾಜ ಅದನ್ನು ಅಸಹಜ ಎಂದು

ಭಾವಿಸಲಾರದು. ಹೆಂಡತಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಾಗಿಲ್ಲ ಅದಕ್ಕೆ ಮತ್ತೊಂದು ಮದುವೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ರಾಜಾರೋಷವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡೆ ಒಬ್ಬ ಪತ್ನಿ ಇರುವಾಗಲೇ ಮತ್ತೊಂದು ಮದುವೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ಆದರೆ ಅದೇ ಒಬ್ಬ ಪುರುಷನಲ್ಲಿ ಸಂತಾನಹೀನತೆಯ ದೋಷವಿದ್ದಾಗ ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ತಾಯಿಯಾಗಬೇಕೆಂಬ ಹಂಬಲ, ಬಯಕೆ, ಇದ್ದರೂ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡು ಜೀವನ ಸಾಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಣ್ಣು ಇನ್ನೊಂದು ಮದುವೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪವೂ ಮಾಡುವಂತಿಲ್ಲ.

ಮಕ್ಕಳಾಗದ ಹೆಣ್ಣನ್ನು ಸಮಾಜ ನೋಡುವ ದೃಷ್ಟಿಯೇ ಬೇರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅವಳಿಗೆ ಇತರರಂತೆ ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳನ್ನು ಎತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಬಂಜೆಯರು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಮುಟ್ಟಿದರೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಏನಾದರೂ ಆಗುತ್ತದ್ದೆ. ಎನ್ನುವ ಧೋರಣೆ ಇಂದಿಗೂ ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಬಂಜೆಯ ಕೈಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಮಗುವನ್ನು ಕೊಡಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ಮಗುವನ್ನು ತೊಟ್ಟಿಲು ಹಾಕುವ ಅಥವಾ ನಾಮಕರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಂಜೆಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯ ಬಗೆಗೆ ನಿಷೇಧವಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ನೀರು ಎರೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಅವರ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ. ಇನ್ನಿತರ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳಿಂದ ಮಕ್ಕಳಾಗದಿದ್ದವರ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಗೆಯ ತಾತ್ಸಾರವಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಮಕ್ಕಳಾಗಿಲ್ಲ ಎಂದ ಕೂಡಲೇ ಹೆಣ್ಣು ಒಂದು ಬಗೆಯ ಆತಂಕಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾಳೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ರೀತಿಯ ಬಂಜೆತನ ಬಗೆಗಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಧೋರಣೆಯು ಮಹಿಳೆಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಆಗ ದೈವದ ಮೊರೆ ಹೋಗುತ್ತಾಳೆ. ಅನೇಕ ದೇವರುಗಳಿಗೆ ನಾನಾ ರೀತಿಯ ಹರಕೆಗಳನ್ನು ಹೊರುತ್ತಾಳೆ. ಉದಾ: ಮರ ಸುತ್ತುವುದು, ಹುತ್ತದ ಪೂಜೆ ಮಾಡುವುದು, ವ್ರತಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು, ಉರುಳು ಸೇವೆ ಮಾಡುವುದು, ಹೀಗೆ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದೇವರಿಗೆ ಮೊರೆ ಹೋಗುತ್ತಾಳೆ. ಈಗಲೂ ನಮ್ಮ ಸುತ್ತ ಈ ಬಗೆಯ ನಂಬಿಕೆಯುಳ್ಳ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ನೋಡುತ್ತೇವೆ.

ತಾಯ್ತನವನ್ನು ಒಂದು ಮೌಲ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ತಾಯ್ತನವನ್ನು ವೈಭವೀಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ತಾಯ್ತನಕ್ಕೆ ಮಾನ್ಯತೆ ನೀಡಿದಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರ ಇನ್ನಿತರ ಸೃಜನಶೀಲತೆಗಾಗಲಿ, ಬೌದ್ಧಿಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಕ್ಕಾಗಲಿ ಮಾನ್ಯತೆ ನೀಡಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿಯೇ ತಾಯಿಯಾಗದೇ ಹೆಣ್ಣಿನ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗದೆಂಬ ಭಾವನೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಬೇರೂರಿದೆ. ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೆತ್ತರೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ಮುಕ್ತಿ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಮುಕ್ತಿ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಭಾವನೆ ಜನಪದರಲ್ಲಿದೆ.

ಬಾಲಕರಿಲ್ಲದ ಬಾಲಿಯದ್ಯಾತರ ಜನ್ಮ
ಬಾಡೀಗಿ ಎತ್ತು ದುಡಿದಂಗ| ಬಾಳೆಲೆಯ
ಹಾಸುಂಡು ಬೀಸಿ ಒಗೆದಂಗ||
ಬಾಲರಿಲ್ಲದ ಬಾಳ್ವೆ ಬಾಳೆಯಿಲ್ಲದ ತೋಟ|
ಗಂಧ ಕಸ್ತೂರಿ ಪರಿಮಳ| ಒಳಗಿದ್ದು|

ರಂಭೇ ನೀ ಬಾಳಿ ಫಲವಿಲ್ಲ||

ಬಂಜಿ ಬಾಗಿಲ ಮುಂದ ಅಂಜೂರಿ ಗಿಡ ಹುಟ್ಟಿ

ಟೊಂಗಿ ಟೊಂಗಿಗೆ ಗಿಣಿ ಕೂತು| ಹೇಳ್ಯಾವ|

ಬಂಜೆ ನಿನ ಬದುಕು ಹೆರವರಿಗೆ||

ಜನಪದರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಲ್ಲದ ಹೆಣ್ಣಿನ ಬಾಳು ಬಾಳೆಯಲೆಯನ್ನು ಹಾಸಿ ಉಂಡು ಬೀಸಿ ಒಗೆದಂತೆ, ಅಂದರೆ ಬಂಜೆ ಬದುಕು ಬಾಳೆಯ ಎಲೆಯಷ್ಟು ಕೇವಲ ಎನ್ನುವ ಧೋರಣೆ ಜನಪದರದ್ದು. ಮಕ್ಕಳಾಗದವರ ಬದುಕು ಬಾಳೆಯಿಲ್ಲದ ತೋಟದಂತೆ, ಅಂತಹ ಬದುಕು ಬದುಕಿದರೂ ಪ್ರಯೋಜನವಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಮನೋಭಾವನೆ ತ್ರಿಪದಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಮಹಿಳೆಯರ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ತೀವ್ರವಾದ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿ ಅವರನ್ನು ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯೂ ಇದೆ.

ಕುಟುಂಬದ ಒಳಗೆ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪಾತ್ರಗಳನ್ನು ಪಾಲಕರು ಹಂಚಿದಾಗ, ಆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿಯೂ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬಗಳ ಧೋರಣೆಯ ಸ್ವರೂಪ ಬದಲಾಗಿದೆ ಎಂದರೂ ಅದು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಎನ್ನಬಹುದು. ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರ, ಅರಿವು, ಅರಿವೆ, ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಸಿಗಬೇಕಾದ ನಿಯಮ. ಆದರೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಲಿಂಗವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಾದರೆ ಕಡಿಮೆ ಆಹಾರವನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳ ಭೋಜನಾ ನಂತರ ಹೆಣ್ಣುಮಗುವಿಗೆ ಆಹಾರ ನೀಡುವುದನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ನೋಡಿದ್ದೇವೆ. ''ಹೆಂಗಸರು ಹೊತ್ತಿದ್ದು ತಿಂದರೆ ಹೊತ್ತ ಬಂದಂತೆ ನಡೆಯುವರು'' ಎನ್ನುವ ಗಾದೆಮಾತು, ಆಹಾರ ವಿತರಣಾ ಕ್ರಮದಲ್ಲೂ ಲಿಂಗ ಶ್ರೇಣೀಕರಣವಿರುವುದನ್ನು, ಹಾಗೂ ಆ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆ ಪಿತೃಪ್ರಧಾನತೆಗೆ ವಿಧೇಯವಾಗಿಸುವ ತಂತ್ರವನ್ನು ಬಯಲುಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇವತ್ತಿಗೂ ಬಹುತೇಕ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಡಸರ ಊಟವಾದ ನಂತರವೇ ಹೆಂಗಸರು ಊಟಮಾಡುವ ವಾಡಿಕೆ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಗಂಡಸರಿಗೆ ಪ್ರಧಾನತೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ಈ ವಾಡಿಕೆಯ ಉದ್ದೇಶ, ಕುಟುಂಬದ ಗಂಡಸರು ಉಂಡ ನಂತರ ಉಳಿದುದನ್ನು ಅಥವಾ ಉಂಡು ಬಿಟ್ಟ ಎಂಜಲನ್ನು ಹೆಂಗಸರು ಸೇವಿಸಬೇಕಾದ ಕ್ರಮವನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುವುದಾಗಿದೆ. ಆಹಾರ ತಯಾರಿಸುವ ಹಾಗೂ ವಿತರಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಮಹಿಳೆಯ ಮೇಲೆಯೇ ಇದ್ದರೂ, ಅದನ್ನು ಹಕ್ಕಿನಿಂದ, ಉಣ್ಣುವ, ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಪಿತೃಪ್ರಧಾನ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಕಿತ್ತುಕೊಂಡಿವೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕೀಳರಮೆಯನ್ನು, ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಮೇಲರಮೆಯನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುತ್ತದೆ.

ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ಬೇರೆ ಮನೆಯವರ ಸೊತ್ತು, ಅವಳ ದುಡಿಮೆಯ ಪ್ರತಿಫಲ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರು ಅವಳ ಪತಿಯ ಕುಟುಂಬದವರು ಎಂಬ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಆಹಾರವು ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ಗಂಡು ಮಗುವಾದರೆ ವಂಶೋದ್ಧಾರಕ, ಮುಂದೆ ಕುಟುಂಬದ ಆಧಾರ ಸ್ತಂಭವೆಂಬ ಕಾರಣಗಳೊಂದಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು

ನೀಡುವುದು, ಗಂಭೀರವಾಗಿ ರಕ್ಷಣೆ ಮಾಡುವುದು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆದುಕೊಂಡು ಬರುವ ನಿರಂತರ ಕ್ರಿಯೆ. ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಆಹಾರ, ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಇನ್ನೊಂದು ಬಗೆಯ ಆಹಾರ ನೀಡುವುದು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಕಂಡುಬರುವ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯ.

''ಜೈವಿಕ ನಿಯತಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ಪುರುಷರಿಗೆ ಸಮಾನವಾದ ಅನುಭೋಗ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲವೆಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯವಾದ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಪುರುಷನ ದೇಹಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಇದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಅವನಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಹಾರ, ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ. ಮಹಿಳೆಗೆ ಅಂತಹ ಆಹಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಆದರೆ ಅನುಭೋಗವೆನ್ನುವುದು ಜೈವಿಕ-ಸಾವಯವ ಕ್ರಿಯೆಯೆಂಬುದು ನಿಜ. ಆದರೆ ಜೈವಿಕ ನಿಯತಿಯು ಗಂಡಿಗೊಂದು-ಹೆಣ್ಣಿಗೊಂದು ಇರಲು ಸಾದ್ಯವಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ. ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ. ಅವಳ ದೇಹವು ತುಂಬಾ ಕೋಮಲವಾದುದು ಮುಂತಾದ ಸಂಗತಿಗಳು ಕೇವಲ ಪೂರ್ವಗ್ರಹಗಳು. ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಅಧೀನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ರೂಪುಗೊಂಡ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳು''(ಚಂದ್ರಶೇಖರ್.ಟಿ.ಆರ್:೨೦೦೧; ಪುಟ-೨೧)

ಕುಟುಂಬದೊಳಗೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ನಡುವಿನ ಆಹಾರದ ವಿತರಣೆಯಲ್ಲಿ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯ ಇದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಇವುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಕೆಲವು ನಂಬಿಕೆಗಳು.

* ಹೆಂಡತಿ ಗಂಡನಿಗಿಂತ ಮೊದಲು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಅವನ ಆಯಸ್ಸು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

* ಪುರುಷರು ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಆಹಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಪುರುಷರಿಗೆ ಇದೆ.

ಅತ್ತೀಯ ಮನಿಯಾಗ ಮುತ್ತಾಗಿ ಇರಬೇಕ

ಹೊತ್ತು ನೀಡಿದರೆ ಉಣಬೇಕು| ತವರವರ

ಉತ್ತಮರ ಹೆಸರು ತರಬೇಕು||ನೀ

ಈ ಮೇಲಿನ ತ್ರಿಪದಿಯು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿನ ಮಹಿಳೆಯರ ಬದುಕನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವಂತಹದ್ದು. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕೌಟುಂಬಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಳಗೆ ಹೇಗೆ ಇರಬೇಕು ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಅತ್ತೆಯ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ತನ್ನಿಚ್ಛೆಯಂತೆ ಊಟ ಮಾಡುವುದನ್ನು ನಿಷೇಧಿಸುತ್ತದೆ. ಎಂತಹ ಆಹಾರವನ್ನು ನೀಡಿದರೂ ಅವಳು ಸ್ವೀಕರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಮೇಲಿನ ತ್ರಿಪದಿಯು ಧ್ವನಿಸುತ್ತದೆ.

ರೋಗಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ದುಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯವಿರುವುದು ವಾಸ್ತವ. ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಆಹಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ತೀವ್ರವಾಗಿ ನರಳುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಕೂಡ ತೀವ್ರವಾಗಿ ನರಳುತ್ತಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದು ಗುರುತಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಯು ನಮ್ಮ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದೆ.

[illegible]

ಮೈಲಿಗೆಯ ರೂಪವಾಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅವೆಲ್ಲ ಸಹಜವೆಂದು ತಳ್ಳಿಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಜೈವಿಕ ನಿಯಮದ ಬದಲಾವಣೆಯೆಂದು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬವು ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಇನ್ನಿತರ ಹಲವು ಸಂಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಒದಗಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ನಮ್ಮ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಬದುಕಿನತ್ತ ನಡೆಸುವ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಕುಟುಂಬವು ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಗಂಡುಮಕ್ಕಳಷ್ಟೇ ಸಮಾನ ಪ್ರೀತಿಯಿಂದ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳನ್ನು ಸಲಹಬೇಕು. ಬದುಕಿನ ಮೂಲಭೂತ ಪ್ರಸಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಾನವಾದ ಅವಕಾಶ ಹಾಗೂ ಮನ್ನಣೆಗಳು ದೊರೆಯುವಂತಾಗಬೇಕು.

ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜವು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು ಎಂಬುದರಿಂದ ಹಿಡಿದು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದೊರಕಬೇಕಾದ ಎಲ್ಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳವರೆಗೆ ಪುರುಷ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹಸ್ತಕ್ಷೇಪವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ವ್ಯಕ್ತಿಗತವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸಾಮೂಹಿಕವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತದೆ. ಬಡತನ ಹಾಗೂ ವಿಪರೀತ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಭಾರತದಂತಹ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಇದು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೇಲೆ ವಿಶೇಷ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ವಿದ್ವಾಂಸರು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಈ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಿಂದುಳಿದಿರುವಿಕೆ ದೊಡ್ಡ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಪಿತೃಪ್ರಧಾನತೆ ಧೋರಣೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ದುಸ್ಥರಗೊಳಿಸುತ್ತಿವೆ. ಪಿತೃ ಪ್ರಧಾನ ಕೇಂದ್ರಿತ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಗಳು, ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳು ಇವುಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಧೋಗತಿಗೆ ಇಳಿಸಿದರೆ ಆಧುನಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹದಗೆಡಿಸುತ್ತದೆ. ಸಮಾಜದ ಆರೋಗ್ಯ, ಸಮಾಜದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಇತ್ಯಾದಿ ಎಲ್ಲ ನೆಲೆಯಿಂದಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜವು ತನ್ನ ಅಗತ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ನಿರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ.

ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಹಾಗೂ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಾಜಗಳೆರಡೂ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸುವುದು ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹವನ್ನು ಪುರುಷರ ಉಪಬೋಗದ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಎರಡು ನೆಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸುತ್ತವೆ, ಅವುಗಳೆಂದರೆ: ೦೧. ಲೈಂಗಿಕ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ೦೨. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ.

೦೧. ಲೈಂಗಿಕ ಉಪಯುಕ್ತತೆ

ಮಹಿಳೆಯರ ಲೈಂಗಿಕ ಆಸೆ-ಆಕಾಂಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜ ಹಲವಾರು ಪೂರ್ವಗ್ರಹಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಪುರುಷರ ಕಾಮವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಪರಿಕರಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸಿ ನಡೆಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆಯೇ ವಿನಃ ಸ್ವತಃ ಆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಕುರಿತು ಈ ಭಾವನೆಗಳಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಲೈಂಗಿಕತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಸೊಲ್ಲೆತ್ತುವಂತಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಉಪಭೋಗಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಪಾವಿತ್ರ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡುವುದರಲ್ಲಿನ ಪುರುಷ ನಿಷ್ಠೆ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ

ಬದಲಾಗಿಲ್ಲ. ಲೈಂಗಿಕ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯಲ್ಲಿ 'ಶೀಲ' ಎಂಬುದೊಂದನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಮಹಿಳೆಯರಿಗಷ್ಟೇ ಅನ್ವಯಿಸುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿಯಮವಾಗಿದೆ.

೦೨. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ

ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಗರ್ಭಾಶಯ ಕೇಂದ್ರಿತವಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹವನ್ನು ವಂಶಾಭಿವೃದ್ದಿ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಫಲವಂತಿಕೆಯೇ ಅವರ ಸ್ಥಾನಮಾನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೆರದೇ ಹೋದರೆ ತೀವ್ರ ತಿರಸ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಚುಚ್ಚು ಮಾತುಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ಪುರುಷರು ನಿರ್ವೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲು ನಿರಾಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೇರುವ ಯಂತ್ರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅವರ ಗರ್ಭಾಶಯದ ಮೇಲೆ ಹಲವು ರೀತಿಯ ದೌರ್ಜನ್ಯಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಗರ್ಭಾಶಯದ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಣ ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗಳ ಮಾತುಗಳು ಪುರುಷ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮುಂದೆ ಗೌಣ. ಕನಿಷ್ಠ ಅವರ ದೇಹದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಸಹನೀಯವೆನಿಸುವ ನೋವು ಸಂಕಟಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಲು ಸಿದ್ಧವಿಲ್ಲದ ಈ ಸಮಾಜದ ಎದುರು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹಕ್ಕು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಗಳು ಸಿಗುವುದು ಕನಸಿನ ಮಾತೇ ಸರಿ.

ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಪ್ರಜೆಯು ದೈಹಿಕವಾಗಿ, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸರಿಯಾಗಿರಬೇಕು ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು WHO ಪರಿಭಾವಿಸಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಸಮಾಜ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದೇಹ ಎಂದರೆ ಗರ್ಭಾಶಯವೆಂದು ಮಾತ್ರ ಪರಿಗಣಿಸಿ ಉಳಿದೆಲ್ಲ ಅವಯವಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ದೂಡಿದೆ. ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಶುಶ್ರೂಷೆ, ವಿರಾಮಗಳಿರಲಿ ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವುದು, ಎಷ್ಟೋ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವ ಖರ್ಚನ್ನು ಕುಟುಂಬಗಳು ಅನಗತ್ಯವೆಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸುತ್ತವೆ. ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ, ಲೈಂಗಿಕ ದುರ್ಬಳಕೆ, ಅತಿಸಂತಾನಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವುದು, ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗಿ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುವುದು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯ ಧೋರಣೆ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುತ್ತದೆ.

ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜ 'ಸಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ' ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಸ್ತ್ರೀತ್ವದ ಮುಖ್ಯ ಲಕ್ಷಣ ಎನ್ನುವಂತೆ ಚಿತ್ರಿಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದೆ. ಅದೆಷ್ಟೋ ಮಹಿಳೆಯರು ಅಡುಗೆ ಮಾಡುವಾಗ ಕೈ ಸುಟ್ಟುಕೊಂಡರೆ ಔಷಧಿ ಲೇಪಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದೇಯಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯರು ಅದನೆಲ್ಲ ಸಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಧೋರಣೆ ಎಲ್ಲರದ್ದಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದಲೇ ಇವತ್ತಿಗೂ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮಿಂದ ಇನ್ನೂ ಸಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವೇ ಇಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೆಟ್ಟಿಲೇರುವರು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ 'ತೊಂದರೆ'ಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ ಎಂದು ಮನೆಯವರಾಗಲಿ, ಕೊನೆಗೆ ಸ್ವತಃ ಆ ಮಹಿಳೆಯರೇ ಆಗಲಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಮಹಿಳೆಯರ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಎಲ್ಲೂ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಡದೆ, ಎಲ್ಲೂ ವರದಿಯಾಗದೆ ಮುಚ್ಚಿಹೋಗುತ್ತವೆ.

ಇಂದಿಗೂ ಬಹುತೇಕ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರು. ಗ್ರಾಮದ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ತಮ್ಮ ಗೌಪ್ಯ ರೋಗವನ್ನು ಹೇಳುವುದಕ್ಕಾಗಲಿ ಅವರ ಬಳಿ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಲಿ ಹಿಂಜರಿಯುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕಾಡುವ ಕೆಲವು ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಒಂದು ಸಮೀಕ್ಷೆ ಗುರುತಿಸಿದಂತೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೦ ಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ, ಹಸಿವೆಯಾಗದಿರುವುದು, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ ಇನ್ನಿತರ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ವೈದ್ಯರ ಪ್ರಕಾರ ಈ ರೋಗಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಬರುವುದು ಪೋಷಕಾಂಶದ ಕೊರತೆ, ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಮದುವೆ ಮಾಡುವುದು, ಚಿಕ್ಕವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಗರ್ಭದರಿಸುವುದು ಮುಂತಾದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದನ್ನು ಒಂದು ರೋಗವೆಂದು ಗುರುತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ . ನಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ಬರುವುದು. ಉಳಿದ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವುದು ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವಂತಹ ವಿಷಯವೇ ಅಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಧೋರಣೆ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ.

ನಮ್ಮ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವರದಿಯೂ ಕೂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತಾಗಿ ಅವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ನಡುವಿನ ಜೈವಿಕ ಭಿನ್ನತೆಯನ್ನು ಭಿನ್ನತೆಯಾಗಿ ಮಾತ್ರ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದರೆ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಬರುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಪುರುಷ ದೇಹವೇ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಎನ್ನುವ ಕಲ್ಪನೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯು ಕೀಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿದ್ದಾಳೆ. ಈ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಹಿಂದಕ್ಕೆ ತಳ್ಳಲು ನೆಪವಾಗಿದೆ. ಈ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನೇ ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿರುವ ನಮ್ಮ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು 'ಅವರ ದೇಹವೇ ಅವರ ವಿಧಿ, ನಾವು ಅದನ್ನು ಬದಲಿಸಲಾಗದು' ಎನ್ನುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಜೈವಿಕ ಸ್ವರೂಪಕ್ಕೆ ಅಂಟಿರುವ ತಪ್ಪುಗ್ರಹಿಕೆಗಳನ್ನು ತೊರೆಯುವ ಹಾಗೂ ಹೆಂಗಸರು ತಮ್ಮ ದೇಹಗಳ ಮೇಲೆ ತಾವು ಸ್ವಾಮ್ಯ ಪಡೆಯಬೇಕು ಎಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಜ್ಞೆ ಮೂಡಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸಂಕೀರ್ಣವಾಗಿದ್ದು ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳು ಲೆಕ್ಕವಿಲ್ಲದಷ್ಟಿವೆ. ಎಲ್ಲವೂ ದೈವೇಚ್ಛೆ ಎಂದು (ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮನೋರೋಗಗಳ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ) ದೇವರು-ದೆವ್ವಗಳ ಮೇಲೆ ಭಾರ ಹಾಕುವುದೇ ಹೆಚ್ಚು. ಅಲ್ಲದೆ ಭಾನಾಮತಿಗಾಗಿ ಬಾಲಕಿಯರನ್ನು ಬಲಿ ಕೊಡುವುದು ಕೂಡ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿದಂತೆ ದೇವಲಗಾಣಗಾಪುರದ ದೇವಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಬುದ್ಧಿ-ಮಾಂದ್ಯತೆಯವರನ್ನು ಕರೆದೊಯ್ದು ಬಿಡುವುದರಿಂದ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ ಹೊರಟು ಹೋಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಈಗ ಅದು ನೂರಾರು ಹುಚ್ಚ ಅರೆ-ಹುಚ್ಚರ ತಾಣವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಘತ್ತರಗಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದರೆ ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಈಡಾದರೆ ದೇವರಿಗೆ ಹರಕೆ ಹೊತ್ತು ಬೆನ್ನಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣದ ಸಲಾಕೆ ಸಿಕ್ಕಿಸಿ ಜೋಕಾಲಿ ಆಡಿಸು(ಸಿಡಿ ಆಡುವಿಕೆ)ತ್ತಾರೆ. ಬೂದಿ ಬಾಬಾಗಳು,

ಸುಡುಗಾಡು ಸಿದ್ದರು ನೀಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಕೊಡುವ ಔಷಧಿಗಳು ಒಂದೆರಡಲ್ಲ. ಇಂಥ ಎಲ್ಲ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳು ಜನರಲ್ಲಿ ಮನೆಮಾಡಿರುವ ಕಾರಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೀಡಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸದೆ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳ ಮೊರೆ ಹೋಗಿ ಮಾಟ-ಮಂತ್ರ,-ದೆವ್ವ, ಭೂತಗಳ ಭ್ರಮೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೀಡು ಮಾಡುತ್ತಲಿದ್ದಾರೆ.

ಮುಟ್ಟು, ಗರ್ಭಧಾರಣೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ, ಪ್ರಸವ, ಬಾಣಂತನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇಂದಿನ ಶತಮಾನದಲ್ಲೂ ಅವಿದ್ಯಾವಂತರಲ್ಲದೆ ವಿದ್ಯಾವಂತರೂ ಸಹ ಪಾಪ-ಪುಣ್ಯ, ಪೂರ್ವಜನ್ಮದ ಕರ್ಮ, ಶಾಪ ಎಂದೆಲ್ಲ ನಂಬಿ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿಗೆ ಬರುವ ಮೊದಲು ಮೌಢ್ಯಗಳಿಗೆ ಅನೇಕ ವಿಧಗಳಲ್ಲಿ ಶರಣಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಅನೇಕ ವ್ರತಗಳು, ಮಾಟ-ಮಂತ್ರ ಎಂದೆಲ್ಲ ಕಾಲಹರಣ ಮಾಡಿಸಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕೂಪದಲ್ಲಿ ನೂಕುತ್ತಾರೆ. ನಂತರ ಹತಾಶರಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಇದು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಬಹುಪಾಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಋತುಚಕ್ರ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕತೆ, ಬಸಿರು-ಬಾಣಂತನದ ಬಗ್ಗೆ ಅಪಾರವಾದ ಅಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ ತಿಳುವಳಿಕೆಗಳಿವೆ. ಇದು ಕೇವಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿರದೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯೂ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೇಗೆ ಪರಿಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

೦೧. ಸುಬ್ರಾಮ್ ಬಿ.ಎಸ್. ೧೯೮೬ **ಹೋಮಿಯೋಪಥಿ ಸ್ವಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸಾದರ್ಪಣ** ಜನಪದ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೨. ಮಹಾಬಲರಾಜು ಡಿ.ಕೆ: ನವಂಬರ್ ೨೦೦೫; ಆರೋಗ್ಯ ಅಂದರೆ ಏನು? ***ಹೊಸತು,*** ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ.

೦೩. ಕಲ್ಲಾಪೂರ ಪಿ.ಬಿ:೧೯೮೭; **ಭಾರತದ ಗ್ಯಾಸಟಿಯರ್**, ಭಾರತದ ದೇಶ ಕೋಶ ಸಂಪುಟ-೪, ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೪. ಬಿಜಲಾನಿ ಆರ್.ಎಲ್.ಮತ್ತು ಮಂಚಂದ ಎಸ್.ಕೆ:೧೯೯೬ ; **ಮಾನವ ಯಂತ್ರ ಕುಸಿದು ಬೀಳದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು ಹೇಗೆ,** (ಅನು) ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ ಎಚ್.ಡಿ. ನ್ಯಾಷನಲ್ ಬುಕ್ ಟ್ರಸ್ಟ್, ಇಂಡಿಯಾ

೦೫. ನೇಮಿಚಂದ್ರ :೨೦೦೧; **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ** ಅಂಕಿತ ಪುಸ್ತಕ ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೬. ಶಂಕರ ಪಿ.ಎಸ್. (ಸಂ) ೧೯೯೫ **ವೈದ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ,ಹಂಪಿ.

೦೭. ಸತ್ಯನಾರಾಯಣ ಟಿ.ಎಸ್: ೨೦೦೦; **ದಾಂಪತ್ಯ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ** ಕನ್ನಡ ವೈದ್ಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್ತು (ರಿ) ಮೈಸೂರು

೦೮. ಪದ್ಮನಾಭರಾವ್ ವಿ.ಆರ್: ೨೦೦೧; ಆಯುರ್ವೇದದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳು; ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೯. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಟಿ.ಆರ್: ೨೦೦೧; ಮಹಿಳೆ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ,ಹಂಪಿ.

೧೦. ಉಷಾ ಎಂ; ೨೦೦೪; ಮಹಿಳಾ ಚಳುವಳಿ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ವಿಷಯಗಳು, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೧೧. Basu S.C; 1977: Hand book of preventive and Social Medicine, Curent books International.

■■■

ಅಧ್ಯಾಯ : ಮೂರು

ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ

೩.೧ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ

೩.೨ ಪ್ರಮುಖ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ

ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ

ಸ್ವತಂತ್ರ್ಯಾ ನಂತರ ಭಾರತ ಸರಕಾರ ದೇಶದ ಸಮಗ್ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಹಲವು ಹತ್ತು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಬಂದಿರುವುದು. ಹೀಗೆ ರೂಪಿತಗೊಂಡ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಐದು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲಾವಧಿಯ ಸಮಗ್ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು 'ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ' ಯೋಜನೆಗಳೆಂದೂ, ಪ್ರತಿ ವರ್ಷದ ಯೋಜನೆಯನ್ನು 'ವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ' ಎಂದೂ ಕರೆಯಲಾಗುವುದು. ಇದುವರಿಗೆ ಭಾರತವು ಹತ್ತು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ವಾರ್ಷಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿ ಈಗ ಹನ್ನೊಂದನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗೆ ಸಜ್ಜುಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ.

ಜನತೆಯನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲೀಕರಿಸಬೇಕೆಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಗೊಂಡಿವೆ ಮತ್ತು ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಅಂತೆಯೇ ಸರಕಾರ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ. ಅವುಗಳು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ. ಈ ವರೆಗೂ ಜಾರಿಗೊಂಡ ಹತ್ತು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಹಾಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತು ಯಾವ ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿವೆ ಅದರ ಹಿಂದಿರುವ ಉದ್ದೇಶಗಳೇನು, ಅವುಗಳು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೇಗೆ ಪರಿಭಾವಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಾದ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೂ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೂ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸುವುದು ಅಲ್ಲದೆ ಈ ವರೆಗೂ ಜಾರಿಯಾದ ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಒತ್ತು ಕೊಟ್ಟಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಸಹ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

೩.೧ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ

ಪ್ರಥಮ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೧೯೫೧-೫೬

ಪ್ರಥಮ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ, ಅವುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿತು.

೧. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕಾರಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಚಿತ್ರಣ ಒದಗಿಸುವುದು.

೨. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತವಾದ ತಂತ್ರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವ್ಯಾಪಕ ಅರಿವು ಹಾಗೂ ಪ್ರಸಾರ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು.

೩. ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಒದಗಿಸುವ ಸೇವೆಯ ಒಂದು ಅಂಗವಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಸಲಹೆ ನೀಡುವುದು.

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸಾಧನಗಳಿಗೆ ಸಲಹೆ, ಅರಿವು ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರ ಅಧ್ಯಯನ ಮೂಲಕ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು. ದೊಡ್ಡ ಕುಟುಂಬದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಆರ್ಥಿಕ ಅಂಶಗಳು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಕಳಿಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸುವದು. ಚಿಕ್ಕ ಕುಟುಂಬದ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಂದಬೇಕಾದ ಧೋರಣೆಗಳು ಹಾಗೂ ಪ್ರೇರಕ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ. ಈ ರೀತಿಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವುದು ಪ್ರಥಮ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

ಹೀಗೆ ಕಲ್ಯಾಣದ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ಮೊದಲ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೊಸ್ಕರ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಅದು ಒಳಗೊಂಡ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೂ ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತವುಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ೧೯೫೩ರಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂಡಳಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪನೆ ಮಾಡಿ, ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೂಲಕ ಜನತೆಗೆ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆಯೋಜಿಸಿಕೊಂಡಿತು. ಈ ಮಂಡಳಿಯಿಂದಾಗಿ ವಿಧವೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ಗತಿಕ, ನಿರಾಶ್ರಿತ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಉದ್ಯೋಗ ಅವಕಾಶ ದೊರೆತು ಅವರು ಆದಾಯ ಪಡೆಯುವಂತಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಅಂಗವಿಕಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಕೂಡಾ ಆರ್ಥಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವಂತೆ ಪ್ರೇರೆಪಿಸಿ ಅವರಿಗೆ ಹಣಕಾಸಿನ ಸಹಾಯವನ್ನು ನೀಡಿತು. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮೊದಲ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಮೇಲಿನ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿತ್ತಾದರೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಯೋಜನೆ ದಿವ್ಯಮೌನವಹಿಸಿದೆ.

ಎರಡನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೧೯೫೬-೬೧

ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಯಿತು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವೈದಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರವನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಸ್ಥಾನಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ಕೊಡಲಾಯಿತು.

೧. ಆಧುನಿಕ ಗರ್ಭನಿರೋಧದ ಮೇಲೆ ಒತ್ತನ್ನು ನೀಡಿದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಅರಿವು ಮತ್ತು ಆಚರಣೆಗೆ ಒತ್ತಾಸೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು.

೨. ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಕಾರ್ಯ ಮತ್ತು ಮನೆ ಮನೆಯ ಸಂದರ್ಶನಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಅವಕಾಶವಿರುವಂಥ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು.

೩. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮತ್ತು ಇತರ ನಿಯೋಗಗಗಳ ಮೂಲಕ ಗರ್ಭ ನಿರೋಧಕಗಳನ್ನು ಹಂಚುವುದು.

೪. ಉಚಿತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನುಕೂಲಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ, ಸಾದಿಲ್ವಾರು ಖರ್ಚಿನ ಪರಿಹಾರಕ್ಕೆಂದು ಹಣವನ್ನು ನೀಡಿ, ದುಡಿಮೆಯ ನಷ್ಟವನ್ನು ಭರಿಸಿ ಸಂತಾನ ಹರಣಕ್ಕೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುವುದು.

ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಜನರು ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ಔಷಧಾಲಯಗಳಿಗೆ ಬಂದು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವರೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರೂ. ೫೦ ದಶಲಕ್ಷ ಹಣವನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಮೀಸಲಿಡಲಾಗಿತ್ತು. ಆದರೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಅನುಸರಣೆಯಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಪ್ರಗತಿ ಕಂಡು ಬರಲಿಲ್ಲ.

ಇದಲ್ಲದೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಮಂಡಳಿಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಂಬಂಧಿಸುವ ಮಹತ್ವದ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಮಹಿಳಾ ಮಂಡಳಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೊಲಿಗೆ, ಎಂಬ್ರಾಯಡರಿಯಂತಹ ಕುಶಲ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಕಲುಹಿಸಿಕೊಟ್ಟು ಅದರಿಂದ ಅವರು ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ವಾಯುತ್ತತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿತು. ಇದಲ್ಲದೆ ಗೃಹ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಮಕ್ಕಳ ಪಾಲನೆ-ಪೋಷಣೆ, ತೋಟಗಾರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಈ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ತರಬೇತುಗೊಳಿಸಿತು. ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ರೀತಿಯ ಕೆಲವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಎರಡನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಗೃಹ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಲಾಲನೆ ಪಾಲನೆಯಂತಹ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುವುದರತ್ತ ಆಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿನೊಳಗಡೆಯೇ ಪರಿಭಾವಿಸಿದಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ತಂದೆ ತಾಯಿಗಳಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿನ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಕುರಿತು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಶಿಕ್ಷಕರ ನೇಮಕಾತಿ ಅಗತ್ಯದ ಕುರಿತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವುದು ಮಹತ್ವದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ನಿಮ್ನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವಲ್ಲಿ ನಿರತವಾಗಿವೆ. ಈ ಮೇಲಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಗೃಹಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಒಗ್ಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯಕವಾಗಿವೆ.

ಮೂರನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೧೯೬೧-೧೯೬೬

ಮೂರನೆ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ೧೯೬೧ - ೬೬ರ ಅವಧಿಗಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೆಲವು ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿತು.

* ಕೇಂದ್ರ ಸಮಾಜ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂಡಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕಾಗಿ ದುಡಿಯುತ್ತಿರುವ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಗಳಿಗಾಗಿ ಹಣಕಾಸು ಅನುದಾನ ನೀಡುವುದಾಗಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು.
* ಮಾತೃತ್ವ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುವುದು.
* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಚುರ ಪಡಿಸುವುದು.
* ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿರುವ ಲಿಂಗ ಅಂತರಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವುದು, ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಿಕ್ಷಣದ ವಿಸ್ತರಣೆಗಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಶಿಕ್ಷಕಿಯರನ್ನು ತರಬೇತು ಗೊಳಿಸಿ ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಅವರಿಗೆ ವಸತಿ ಕಲ್ಪಿಸುವುದು.
* ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಕಾಲೇಜುಗಳಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಅನುದಾನ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಶಿಷ್ಯ ವೇತನ ನೀಡಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಒತ್ತು ಕೊಡಲಾಯಿತು.

ಹೀಗೆ ಈ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ೧ ಮತ್ತು ೨ ನೇ ಯೋಜನೆಗಳ ಅವಧಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ ಮಾರ್ಗಕ್ಕೆ ಬದಲಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಪ್ರಸರಣ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಯಿತು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿನ ವಿವಿಧ ಸಾಧನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ವಿಧಾನವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಜನತೆಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಯಿತು. ಸರಳವಾದ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಹಂಚುವುದು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ಸಲಹೆಯನ್ನು ಕೊಡುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ದಾದಿಗಳಿಗೆ ವಹಿಸಿಕೊಡಲಾಗಿತ್ತು. ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಚಿವಾಲಯದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಇಲಾಖೆಯನ್ನು ೧೯೬೬ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಳಿಸಿದಾಗ, ಈ ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಕೊಡಲಾಯಿತು. ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವು, ಯೋಜಿತ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿಯಾಗಬೇಕು ಎಂಬ ಆಶಯವನ್ನು ಮೂರನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿತು. ಮಹಿಳೆಯರ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳ ಏರಿಕೆ, ೧೯೬೫ ರಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿರಿಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನ ಲಿಪ್ಪಕ್ಸ್‌ಲೂಪ್ ಅನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಬಳಸಲಾಯಿತು.

ಯೋಜನಾ ವಿರಾಮ

೧೯೬೬ ರಿಂದ ೧೯೬೯ ರ ಅವಧಿಯನ್ನು "ಯೋಜನಾ ವಿರಾಮ" ವೆಂದು ಕರೆಯಲಾಯಿತು. ಸಾಧಿಸಬೇಕಾದ ಗುರಿಯನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸುವ ಶ್ರಮದೊಂದಿಗೆ, ಹಿಂದಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಲಾಯಿತು. ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಾಗೂ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನಾ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗಿದ್ದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದೊಂದಿಗೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚ ರೂ. ೭೦೦,೫ ದಶಲಕ್ಷಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ೧೯೬೮ ರಲ್ಲಿ ನಿರೋಧ್‌ಗಳ ಹಂಚಿಕೆಯನ್ನು ವಾಣಿಜ್ಯೀಕೃತ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೂ ವಿಸ್ತರಿಸಲಾಯಿತು.

ನಾಲ್ಕನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೧೯೬೯-೧೯೭೪

ಈ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಹಿಂದಿನ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕಾರ್ಯವ್ಯೂಹಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಸಿದ್ದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಈ ಯೋಜನೆಯು, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಆದ್ಯತೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಯಿತು. ಮುಂದಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಜ ಮರಣ ದರವನ್ನು ಸಾವಿರಕ್ಕೆ ೩೯ ರಿಂದ ೨೫ ರವರೆಗೆ ಇಳಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಈ ಯೋಜನೆ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿತ್ತು. ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜನಗೊಳಿಸಲು ಅಥವಾ ಸಾಧಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ವಿವಾಹಿತ ಜನತೆಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯ ಉದ್ದೇಶಿತ ವೆಚ್ಚ ರೂ. ೩೩೦೦ ದಶಲಕ್ಷಗಳು. ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಯಿತು. ಮಾತ್ರೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಲಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಯಿತು.

೧೯೭೧ರಲ್ಲಿ ಸಂಸತ್ತು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭನಿವಾರಣಾ ಕಾಯಿದೆಗೆ (MTP)ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿತು. ಪ್ರೇರಿತ ಗರ್ಭಪಾತಗಳಿಗೆ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಸಡಿಲಗೊಳಿಸುವ ಈ ಕಾಯಿದೆ ಏಪ್ರಿಲ್ ೧, ೧೯೭೨ ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿತು. ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡುವ ಅಥವಾ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ವಯಂ ನಿರ್ಧಾರದ ಹಕ್ಕಿರಲಿಲ್ಲ. ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಸಿನ ಹುಡುಗಿ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ ತಂದೆ ತಾಯಿಯ ಲಿಖಿತ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ವಿವಾಹಿತ ಸ್ತ್ರೀಗೆ ಆಕೆಯ ಪತಿಯ ಅನುಮತಿಯ ಮೇರೆಗೆ ಗರ್ಭಪಾತಕ್ಕೊಳಗಾಗುವ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ರೀತಿಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿರ್ಬಂಧಗಳು ಮಹಿಳೆಯ ಲೈಂಗಿಕತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆಕೆಯ ವ್ಯಕ್ತಿ ನಿಷ್ಠತೆಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿತ್ತು. ಆದರೆ 'ಕಾನೂನು ಬದ್ಧ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಕಾಯಿದೆ' (MTP) ಈ ಮೇಲಿನ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ವಾಯುತ್ತತೆಯನ್ನು ನೀಡಿತು. ಈ ರೀತಿಯ ಕಾಯ್ದೆ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯ ದೇಹದ ಮೇಲಿನ ಹಕ್ಕುಗಳ ಸಂಬಂಧವಾದ ನಿರ್ಬಂಧಗಳನ್ನು ಕಿತ್ತೊಗೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಮಹಿಳಾ ಚಳುವಳಿಗಳು ಕೂಡ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸಿದವು.

೪ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಗೆ ೧೪.೯ ದಶಲಕ್ಷ ಸಂತಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನೂ ಗುರಿಯಾಗಿ ಹೊಂದಿದ್ದು, ಸುಮಾರು ಶೇ ೬೧ ರಷ್ಟು ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ರೂ, ೨೮೪೦ ದಶಲಕ್ಷಗಳನ್ನು ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ವೆಚ್ಚಮಾಡಲಾಯಿತು. ಬಾಲಕಿಯರ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಮಹತ್ವ ನೀಡಿತು. ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ೪೦ ರಿಂದ ೨೫ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಹಾಕುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯು ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕಡೆಗೆ ಮಾತ್ರವೇ ಗಮನ ಹರಿಸಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ವಿವಾಹ ಪೂರ್ವದ ಹಂತದಲ್ಲಿದ್ದ ಹುಡುಗಿಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ವಿವಾಹವಾಗದೇ ಉಳಿದುಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ವೃದ್ಧ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೂ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಈ ನಾಲ್ಕನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಿರುವ ಮಿತಿಯಾಗಿದೆ.

ಐದನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ, ೧೯೭೪-೧೯೭೯

ಈ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಸೀಮಿತ ಯಶಸ್ಸುಗಳಿಸಿತ್ತು. ಆದರೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯು ವೇಗವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿದ್ದರಿಂದ ೧೯೭೧ ರ ಜನಗಣತಿಯ ಫಲಿತಾಂಶದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಜನನ ದರವನ್ನು ೧೯೭೯ರ ವೇಳೆಗೆ ೩೦ ಕ್ಕೂ ಮತ್ತು ೧೯೮೪ರ ವೇಳೆಗೆ ೨೫ಕ್ಕೂ ಇಳಿಸಬೇಕೆಂಬ ಪರಿಷ್ಕೃತ ಗುರಿಯನ್ನು ಈ ಯೋಜನೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿತು. ಶಿಶುಪಾಲನೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ತಯಾರಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಮನೆಯ ಖರ್ಚು, ವೆಚ್ಚಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕುರಿತು ಗೃಹಿಣಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಶಿಕ್ಷಣ ಒದಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಈ ೫ನೇ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ೧೯೭೫-೧೯೭೭ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿಯಾಗಿದ್ದು, ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಪ್ರಮುಖ ಘಟನೆಗಳೆಂದರೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನೀತಿಯ ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಗಳಾಗಿವೆ.

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವ ರಾಜ್ಯಗಳ ಯೋಜನೆಗೆ ಕೇಂದ್ರ ಶೇ.೮ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಧನ ಸಹಾಯವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಹಲವು ದೀರ್ಘಕಾಲಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿ ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. ಅದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳು ಹೀಗಿವೆ: ಮದುವೆಯ ವಯಸ್ಸನ್ನು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ೧೫ ರಿಂದ ೧೮ಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಹುಡುಗರಿಗೆ ೧೮ ರಿಂದ ೨೧ಕ್ಕೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಜನರು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲು, ಹಲವು ಆಕರ್ಷಣೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಹಾಗೂ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸುವ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳಿಗೆ ಬಿಡಲಾಗಿತ್ತು. ಅರ್ಹ ದಂಪತಿಗಳು ಸಂತಾನಹರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟರೆ ಇಂತಿಷ್ಟು ರೂಪಾಯಿಗಳು ಧನ ಸಹಾಯ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಪ್ರಚಾರ ಕೂಡ ನಡೆಯಿತು.

''ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜಾರಿಗೆ ತರುವುದರಿಂದ, ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಿಗುತ್ತಿದ್ದ ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಲಾಭದಿಂದಾಗಿ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರ ಕೊಟ್ಟಂತಹ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಿಂದಾಗಿ, ಬಹುತೇಕ ರಾಜ್ಯಗಳು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡು ಬೃಹತ್ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿದವು. ಸಾಮೂಹಿಕ ವಾಸೆಕ್ಟಮಿ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು. ೧೯೭೬-೧೯೭೭ರ ಸಾಧನೆಯು ನಿಯೋಜಿತ ಗುರಿಯಾದ ೮.೩ ದಶಲಕ್ಷ ಸಂತಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಮೀರಿಸಿತು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ೧೯೭೫-೭೬ ಮತ್ತು ೧೯೭೬-೭೭ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆದಂತಹ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅತ್ಯಂತ ಗಮನಾರ್ಹ. ೧೯೭೫-೭೬ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ೨.೬೬ ದಶಲಕ್ಷ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ನಡೆದುವು. ಇದು ೧೯೭೪-೭೫ ರ ಅವಧಿಯ ಹಿಂದಿನ ಸಾಧನೆಗಿಂತ ಶೇ.೯೫.೫ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳವಾಗಿತ್ತು ಆದರೆ ೧೯೭೬-೭೭ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೮.೨೬ ದಶಲಕ್ಷಗಳು ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷದ ಸಾಧನೆಗಿಂತ ಇದು ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳ. ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ಮೇಲಿನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ವಿಂಗಡನೆಯು ಸ್ವಾರಸ್ಯಕರವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ೧೯೭೫-೭೬ ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೪ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಪುರುಷರ ಮೇಲೆ ೧೯೭೬-೭೭ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪುರುಷರ ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಶೇ.೭೫ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿದುವು. ೧೯೭೫-೭೬ರಲ್ಲಿ ೧.೪೩ ದಶಲಕ್ಷ ಪುರುಷರ ಮೇಲಿನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ನಡೆದಿದ್ದರೆ, ೧೯೭೬-೭೭ ರಲ್ಲಿ ೬.೧೯ ದಶಲಕ್ಷ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ನಡೆದಿವೆ ಅಂದರೆ ಪುರುಷರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷದಿಂದ ನಾಲ್ಕು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಳ. ಅದೇ ರೀತಿ ೧೯೭೫-೭೬ ರಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀಯರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ೧.೨೩ ದಶಲಕ್ಷಗಳಿದ್ದರೆ ೧೯೭೬-೭೭ ರಲ್ಲಿ ೨.೦೬ ದಶಲಕ್ಷಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿತು ಅಂದರೆ ಸ್ತ್ರೀಯರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದಿನ ವರ್ಷದಿಂದ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚಳ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.''(ರಾಜಶೇಖರ ಎಸ್ ಮತ್ತು ರಾಜೇಶ್.ಆರ್:೨೦೦೩; ಪು.೩೯೫)

ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿನ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮತ್ತೊಂದು ಗಮನಾರ್ಹ ಅಂಶವೆಂದರೆ, ಕುಟುಂಬಗಳ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲು ಜನತೆಯನ್ನು ಬಲವಂತಗೊಳಿಸುವ, ಕಡ್ಡಾಯ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾಯ್ದೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿತು. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ ''ಹಲವು ಜನರನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲು ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಡುವ ಮಸೂದೆ''ಯಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ವಿಧಾನಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ನಂತರ ಇದು ಜಂಟೀ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟು, ಹಲವು ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳೊಂದಿಗೆ ಜುಲೈ, ೨೧, ೧೯೭೬ರಲ್ಲಿ, ''ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ ಕುಟುಂಬ (ಗಾತ್ರದ ಮೇಲೆ ನಿರ್ಬಂಧನೆ) ಕಾಯಿದೆ, ೧೯೭೫'' ಎಂದು ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿತು. ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ, ಯಾವುದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮೂರು ಜೀವಂತ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಂತಹ ಅಥವಾ ನಿಗದಿತ ದಿನಾಂಕದಂದು ಮೂರಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಜೀವಂತ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಂತಹ ಮತ್ತು ಆ ವ್ಯಕ್ತಿ ಗಂಡಸಾಗಿದ್ದರೆ ೫೫ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸನ್ನು ಮೀರಿರದಂತಹ ಮತ್ತು ಹೆಂಗಸಾಗಿದ್ದರೆ ೪೪ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸನ್ನು ಮೀರಿರದಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಈ ಕಾಯಿದೆಯ ಪ್ರಕಾರ

ಕಡ್ಡಾಯ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಅರ್ಹ ವ್ಯಕ್ತಿಯೆನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಅಂತಹ 'ಅರ್ಹ' ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮೂರನೆಯ ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದಂದಿನಿಂದ ೧೮೦ ದಿನಗೊಳಗೆ, ಆದರೆ ಮೂರು ಮಕ್ಕಳು ಒಂದೇ ಲಿಂಗವಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ, ಈ ಕಾಯಿದೆಯನ್ವಯ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ."(ರಾಜಶೇಖರ ಎಸ್ ಮತ್ತು ರಾಜೇಶ್.ಆರ್:೨೦೦೩; ಪು.೩೯೬)

ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪೋಷಕ ಫೆಡರೇಷನ್ (International Planned Parent-Food Federation) ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದ ಈ ಕಾಯಿದೆಯನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿತು ಹಾಗೂ ಕಾಯಿದೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಾರ್ಹವನ್ನಾಗಿಸಲ್ಲು ಸಾಧ್ಯವೆನಿಸುವ ಕ್ರಮಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಈ ಕಾಯಿದೆ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಲ್ಲವೆಂಬ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬಂದಿತು. ತುರ್ತುಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಅತಿರೇಕಗಳು, ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ವ್ಯಾಪಕ ಚರ್ಚಾ ವಿಷಯವೆನಿಸಿ ಮಾರ್ಚ್ ೧೯೭೭ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಚುನಾವಣೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಂಗ್ರೆಸ್ ಪರಾಭವಗೊಂಡಿತು. ಚುನಾವಣೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಂಗ್ರೆಸ್ ಪಕ್ಷದ ಸೋಲಿಗೆ, ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಅತಿರೇಕಗಳು ಮುಖ್ಯಕಾರಣವೆಂದು ಹೇಳಿಕೆಯು ಬಂದೊದಗಿತು. ೧೯೭೭ರಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರಕ್ಕೆ ಬಂದ ಜನತಾ ಸರಕಾರವು ಜೂನ್ ೨೯, ೧೯೭೭ರಲ್ಲಿ ಹೊಸ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿಯನ್ನು ಘೋಷಿಸಿತು. ಬೆದರಿಕೆ ಅಥವಾ ಬಲವಂತದ ಅಂಶವಿದ್ದ ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಬದಲಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೆಂದು ಬದಲಿಸಿತು. ಕುಟುಂಬದ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಚಿಕ್ಕದಾಗಿ ಮಾಡುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶಗಳ ಅರಿವು ಇನ್ನಿತರ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಇದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯೊಳಗೆ ತರಲಾಯಿತು. ತಾಯಿ ಹಾಗೂ ಮಗುವಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಒದಗಿಸುವ, ಮತ್ತವರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ 'ಸಮಗ್ರ ಬಾಲ ವಿಕಾಸ ಯೋಜನೆ'ಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಯಿತು.

ಆರನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ, ೧೯೮೦-೮೫

ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ೧೦೧೧.೦ ದಶಲಕ್ಷ ರೂ ಗಳನ್ನು ಮೀಸಲಿಡಲಾಯಿತು. ಕುಟುಂಬದ ಸರಾಸರಿ ಗಾತ್ರವನ್ನು ೪.೨ ಮಕ್ಕಳಿಂದ ೨.೩ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಇಳಿಮುಖಗೊಳಿಸುವುದು, ಮರಣ ದರ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ದರಗಳ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವುದು. ಅರ್ಹ ದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣದ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುವುದನ್ನು ಶೇ.೨೨ ರಿಂದ ೬೦ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ೧೩೮೭ ದಶಲಕ್ಷ ರೂ ಗಳನ್ನು ಖರ್ಚುಮಾಡಲಾಯಿತು. ''ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಾನಮಾನವನ್ನು ಕುರಿತು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಸರಕಾರವು ನೇಮಿಸಿದ್ದ ಸಮಿತಿಯು 'ಟುವರ್ಡ್ಸ್ ಇಕ್ವಾಲಿಟಿ' ಎಂಬ ತನ್ನ ವರದಿಯನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿತ್ತು. ಈ ಎಲ್ಲದರ ಪರಿಣಾಮವೂ ಎನ್ನುವಂತೆ ಆರನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ 'ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ' ಎಂಬ ಅಧ್ಯಾಯವನ್ನು ಕರಡಿನಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು. ಹಿಂದಿನ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಬದುಕನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಲು ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದ್ದರೂ

ಅವರ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಆರನೇ ಯೋಜನೆ ಗುರುತಿಸಿತು.''(ಚಂದ್ರಶೇಖರ್.ಟಿ.ಆರ್:೨೦೦೧; ಪು.೧೯೫)

೧೯೮೩ ರಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರಕಾರವು 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ'ಯನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಆರನೇ ಯೋಜನೆಯ ಅತಿ ಮುಖ್ಯ ಕ್ರಮವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಕ್ರಮವು ಭಾರತೀಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಘಟ್ಟವಾಗಿತ್ತು. ಸಮಾಜವಾದಿ ಮಾದರಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ರೂಪಿತವಾಗಿದ್ದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜನತೆಗೆ ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸರಕಾರವೇ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೆಂಬ ತತ್ವವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲಾಯಿತು. ಆರೋಗ್ಯಭಾಗ್ಯದ ವೃದ್ಧಿಯು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವಿಕಾಸದ ಸಮಗ್ರಭಾಗವೆಂಬುದು ಅದರ ಗುರಿಯಾಗಿತ್ತು. ೧೯೭೮ರ ಆಲ್ಮಾ ಆಟ ಘೋಷಣೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿ ಸಹಿ ಹಾಕಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಪೈಕಿ ಭಾರತವೂ ಒಂದು. ಆದ್ದರಿಂದ ಅದು ೨೦೦೦ನೇ ಇಸವಿಗೆ 'ಸಕಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ'ದ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಕಟಿಬದ್ಧವಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲಕ ಸಾಧಿಸಲಾಗುವುದು 'ಸಕಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ'ದ ಗುರಿಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಲು ಸರಕಾರ, ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹಾಗೂ ಜನತೆ ಇವರೆಲ್ಲರ ಕ್ರೋಢೀಕೃತ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು ಹೊಂದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರ್ಯೋಪಾಯವನ್ನು ಆರನೇ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನಿರೂಪಿಸಲಾಯಿತು. ಇದನ್ನು ಆರನೇ ಮತ್ತು ಏಳನೇ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೂ ತರಲಾಯಿತು. ೨೦೦೦ನೇ ವರ್ಷದ ವೇಳೆಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟಲು ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಒತ್ತು ಕೊಡಲಾಗಿತ್ತು.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಯೋಜನಾ ಕರಡಿನಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅಧ್ಯಾಯವನ್ನು ಸೇರ್ಪಡಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಮಹಿಳಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಕಾರಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆರನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದವು. ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ, ಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಮೂರು ಅಂಶಗಳ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿತು,ಅವುಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಯಿತು. ಈ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ವಾಯುತ್ತತೆಗೂ, ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಾನಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಬದಲಾವಣೆ ತರುವುದಕ್ಕೂ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿಯೇ ೧೯೮೨ರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ 'ಡ್ವಾಕ್ರಾ'(DWCRA - ಡೆವಲಪ್‌ಮೆಂಡ್ ಆಫ್ ವುಮೆನ್ ಆ್ಯಂಡ್ ಚಿಲ್ಡ್ರನ್ ಇನ್ ರೂರಲ್ ಏರಿಯಾಸ್) ಎಂಬ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು.

ಏಳನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೧೯೮೫-೧೯೯೦

ಏಳನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ಕೊಟ್ಟಿತ್ತು. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಜನನ ದರವನ್ನು ಇಳಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ, ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣದ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುವ ಅರ್ಹ ದಂಪತಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಲಾಗಿತ್ತು. ೩೧.೨೦. ೮

ದಶಲಕ್ಷ ರೂ ಗಳನ್ನು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಖರ್ಚು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ವಾಸ್ತವಿಕವಾಗಿ ಜನತೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂಘ-ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸರಕಾರದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳೊಂದಿಗೆ ಕೈ ಜೋಡಿಸಿ ಒಂದಾಗಬೇಕೆಂಬ ನಿಲುವುವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿತು. ಮಹಿಳಾ ಮಂಡಳಿಗಳ, ಯುವಜನ ಸಂಘಗಳ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳ ಪಾತ್ರ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಗತ್ಯವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿತು. ಒಂದು ಮಗುವಿಗೂ ಇನ್ನೊಂದಕ್ಕೂ ಅಂತರ ವಿವರಿಸಲು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳಾದ ನಿರೋಧ್, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿರಿಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳಾದ ಕಾಪರ್-ಟಿ, ಲೂಪ್ ಬಳಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಕೊಡಲಾಯಿತು. ''ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಪಡಲಿಚ್ಛಿಸುವ ಅರ್ಹ ಮಹಿಳೆಗೆ ಈ ವರೆಗೆ ಗಂಡನ ಲಿಖಿತ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಬೇಕೇಬೇಕೆನ್ನುವ ನಿಯಮಕ್ಕೆ ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ತಿದ್ದುಪಡಿತರಲಾಯಿತು. ಈಗ ಆಕೆ ತನ್ನ ಗಂಡ ತಾನು ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿದ್ದಾನೆ' ಎನ್ನುವ ಲಿಖಿತ ಘೋಷಣೆಯನ್ನಷ್ಟೇ ನೀಡಿದರೆ ಸಾಕು. ಹೆಂಡತಿಯ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆಯದೇ ವ್ಯಾಸಕ್ಟಮಿಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಪೂರ್ಣ ಹಕ್ಕು ಗಂಡನಿಗೆ ಇರುವಂತೆಯೇ ಅರ್ಹ ಹೆಂಡತಿಗೂ ಸಹ ಸ್ವಯಂ ನಿರ್ಧಾರದ ಮೇಲೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ಹಕ್ಕು ಬೇಕು.'' (ಹಿರೇಮಠ ಎಸ್.ಎಸ್:೧೯೯೧; ಪು.೧೩೯)

ಏಳನೆಯ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಒಂದು ಸೂಕ್ತ ನೆಲೆಯ ಮೇಲೆ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಂತೆ ಈ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಎಲ್ಲ ಹಣಕಾಸು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣದ ವಿವಿಧ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಮಹತ್ವ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸಿ, ಅವುಗಳ ಬಲಪಡಿಸುವಿಕೆಗೆ ಮಹತ್ವಕೊಟ್ಟಿತು. ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಿ, ಮಾತೃತ್ವ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಿತು. ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅನಿಮಿಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಪರಿಹಾರಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಆಯೋಜಿಸಿ ಆ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿತು. ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರದಾದ್ಯಂತ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ವಿಶೇಷ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ತೆರೆದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ಕುರಿತು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲಾಯಿತು. ಇಷ್ಟಲ್ಲದೆ ಸಮೂಹ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸಂದೇಶವನ್ನು ಕುರಿತು, ಮುಂದೂಡಲ್ಪಟ್ಟ ಮಾತೃತ್ವದ ಅಪೇಕ್ಷೆಯ ಕುರಿತು, ಮಕ್ಕಳ ಜನನದ ನಡುವೆ ಅಂತರವಿರಿಸುವ ಕುರಿತು ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಇದಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಾನ ಉತ್ತಮಪಡಿಸಬೇಕಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಯಿತು. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಬದ್ಧತೆಯೊಂದಿಗೆ ಪಾಲಿಸಲು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಯೋಜನಾ ರಹಿತ ವರದಿ

೧೯೯೦ಕ್ಕೆ ೭ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ಮುಗಿದರೂ ರಾಜಕೀಯ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಂದ, ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರಗಳ ತೀವ್ರಬದಲಾವಣೆಯಿಂದ ಹಾಗೂ ಸಮಯದ ಅಭಾವದಿಂದ ಎಂಟನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ತಕ್ಷಣ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗಲಿಲ್ಲ. ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳ ಅನುಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಏಳನೇ ಯೋಜನೆಯ ನೀತಿ ನಿಯಮ, ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಈ ಎರಡು ವರ್ಷಕ್ಕೂ ಅನ್ವಯಿಸಲಾಯಿತು.

ಎಂಟನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೧೯೯೨ - ೧೯೯೭

ಎಂಟನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಸಶಕ್ತೀಕರಣಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಯಿತು ಮಹಿಳೆಯರ ಶಿಕ್ಷಣ, ಉದ್ಯೋಗ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಲಾಭವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ವಹಿಸಲಾಯಿತು. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಮಾನ ಪಾಲುದಾರರಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿತು. ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಕೇವಲ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಾಗಿ ನೋಡದೆ ಅವರನ್ನು ಪಾಲುದಾರರಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು.

ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಮಾತೃತ್ವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿ ಈ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳತ್ತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿತು. ಗರ್ಭಿಣಿಯರನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ನೊಂದಾಯಿಸಿಕೊಂಡು, ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದು, ಹಿಮೋಗ್ಲೊಬಿನ್ ಕೊರತೆಯಿರುವ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ Iron and Folic Acid (IFA) ಮಾತ್ರೆಯನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ಕುರಿತು ತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದು, ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಲು ಇಚ್ಛಿಸುವ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಬಳಕೆ ನಂತರ ಬಿಸಾಡುವಂಥ ಹೆರಿಗೆ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಚೀಲ ಕೊಡುವುದು, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಪೂರ್ವದ ಹಾಗೂ ಸುರಕ್ಷಾ ಹೆರಿಗೆಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಅಲ್ಲದೆ ತುರ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದು ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಎಂಟನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು.

ಈ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಉದ್ದೇಶವು ಸೇರಿಕೊಂಡಿದೆ. ಮಾತೃತ್ವ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ವಿಶೇಷ ಹಣಕಾಸು ಅನುದಾನ ನೀಡಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತವು ಈಜಿಪ್ಟಿನ ರಾಜ್ಯಧಾನಿ 'ಕೈರೊ' ನಗರದಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕುರಿತ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮಾವೇಶದ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಬೇಕೆಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಿತು. ಈ ಶಿಫಾರಸ್ಸಿನ ಅನ್ವಯ ಈ ಯೋಜನಾ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರವಾದ ಪ್ರಜನನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕಲ್ಪಿಸುವ, ೨೦೦೦ದ ಸುಮಾರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಂಬಂಧದ ಸಾವುಗಳನ್ನು ೫೦%ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ⅓ನೇ ಭಾಗದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸುವ ಹಾಗೂ ಪ್ರಜನನ

ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವತ್ತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದ ಇನ್ನೊಂದು ಮುಖ್ಯ ಸಂಗತಿ ಎಂದರೆ ಮಹಿಳೆಯರ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ವಯೋಮಾನ ಮತ್ತು ವಿವಾಹ ಸರಾಸರಿ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಶಿಶು ಮರಣದ ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣದರಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ.

ಹೀಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಯುವಜನರ ಮೇಲೆ ಗಮನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲು ತೀವ್ರ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದರೂ, ವಿಶ್ವದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವು ಸ್ತ್ರೀಯರು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದಾದ ಸಾಧನಗಳ ಕುರಿತಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಈ ಸಾಧನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿಯೇ ಇರಬಹುದಾದ ಸ್ತ್ರೀಯರ ಕಾಂಡೋಮ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಭೋಗವಾದ ನಂತರ ಇಂತಿಷ್ಟೇ ಗಂಟೆಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ತುರ್ತು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಸಂಶೋಧಿಸಿ ತಯಾರು ಮಾಡಿದ್ದರೂ, ಅವುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿ, ಪರಿಷ್ಕೃತಗೊಳಿಸಿ ಮತ್ತು ಉತ್ಪಾದಿಸಿ ಸುಲಭ ಬೆಲೆಗೆ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ತರುವಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಬಹುರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಂಪನಿಗಳಾಗಲೀ, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳ ಸಂಶೋಧನದ ಪ್ರಸಾರಕ್ಕೆ ನೆರವು ನೀಡುವ ದಾನಿಗಳು, ದತ್ತಿಗಳಾಗಲೀ, ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾಗಲೀ ಅಷ್ಟೊಂದು ಉತ್ಸಾಹ ತೋರುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದು ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ದ್ವೈವಾರ್ಷಿಕ ವರದಿಯೇ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದೆ'' (ಸರೋಜ.ಕೆ:೨೦೦೧; ಪು-೧೨೮) ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಏಳನೇ ಮತ್ತು ಎಂಟನೇ ಯೋಜನೆಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪುನಾರಚಿಸಿ ಸುಧಾರಿಸಲಾಯಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ಧ್ಯೇಯಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಹೆಚ್ಚು ಅನುಕೂಲವಾಗುವುದು ಎಂಬುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಕ್ರಮದಿಂದ ತಕ್ಕಮಟ್ಟಿನ ಜಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಯಿತು.

''ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ಆಗ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿದ್ದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ತರಲು ಅಥವಾ ಹೊಸ ನೀತಿಯನ್ನು ಪುನರ್‌ರೂಪಿಸಲು ಯೋಜಿಸಿತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅಪಾರ ವಿಸ್ತರಣೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿವಾರಕ ಸೇವೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ನಿರೋಧಕ ಹಾಗೂ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ವೃದ್ಧಿಕಾರಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷೆಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇದ್ದ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಿ ಅದಕ್ಕೆ ಪುಷ್ಠಿ ನೀಡಲು ಒತ್ತುಕೊಡಲಾಯಿತು. ಎಂಟನೇ ಯೋಜನೆಯ ಮಧ್ಯಮಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಂಡ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಾವಲೋಕನ ವಿಮರ್ಶೆಯಿಂದ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದವು.'' (ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್ ಎಸ್:೨೦೦೨; ಪು.೨೭)

ಒಂಬತ್ತನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೧೯೯೭-೨೦೦೨

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಂಬತ್ತನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಧ್ಯೇಯೋದ್ದೇಶಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪುನರ್ ನಿರ್ಮಾಣ

ಮಾಡಿ ಬಲಪಡಿಸುವುದು. ಜೊತೆಗೆ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿಗಳ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೂ ಪರಿಧಿಯಲ್ಲೇ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು. ಅಧಿಕಾರ, ಕರ್ತವ್ಯ, ಹೊಣೆ ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣದ ಮೂಲಕ ವಹಿಸಿಕೊಟ್ಟು ತೃಣಮೂಲ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅವೂ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಭಾಗಿಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಊರ್ಜಿತವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಅವುಗಳ ದಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಲು ಇದು ಅವಶ್ಯಕ ಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಆರೋಗ್ಯದ ಹೊಸ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ೨೦೦೦ನೇ ಇಸವಿಯ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿಯನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ನಂತರ ಅವುಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದರಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳಿಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅತಿ ಮುಖ್ಯಾಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಅರಿವಿನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಗ್ರಾಮಸಭೆಯಂತಹ ತೃಣಮೂಲ ಘಟಕವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲೂ ಸಹ ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾಯಿತು. ಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿಯ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರುವುದಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಉತ್ತಮವಾದ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಏರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಯಿತು.''(ಶ್ರೀನಿವಾಸನ್ ಎಸ್:೨೦೦೨; ಪು.೨೮) ಈ ರೀತಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೇನೆಂದರೆ,ಅವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಹೆಚ್ಚಳದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ತೊಂದರೆಯನ್ನು ವಿವರಿಸಿ ಅವರನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಮನವೊಲಿಸುವಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲವೆಂಬ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಹದಿಹರೆಯದವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಪ್ರಜನನ ನಾಳ ರೋಗ, ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಬಂಧದ ರೋಗಗಳು, ಋತುಸಂಬಂಧಿ ರೋಗಗಳು, ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಸೋಂಕು ನಿಯಂತ್ರಣ ಹಾಗೂ ನಿವಾರಣೆಯ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅಗತ್ಯಗಳ ಅಂದಾಜು ಸಲಹೆ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುವಿಕೆ, ಸೂಕ್ತ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳ ಪೂರೈಕೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೇವೆಗಳ ಪೂರೈಕೆಗೆ ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ಕೊಡಲಾಯಿತು.

ಹತ್ತನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೨೦೦೨-೨೦೦೭

ಹತ್ತನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯು ೨೦೦೨ ರಿಂದ ೨೦೦೭ರ ಅವಧಿಗಾಗಿ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಏಪ್ರಿಲ್ ೧, ೨೦೦೨ರಂದು ಜಾರಿಗೊಂಡಿದ್ದು, ಈಗ ತನ್ನ ಅವಧಿಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಯ ವಿಕಾಸದಲ್ಲಿ ಇದೊಂದು ಮಹತ್ವದ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ.

ಈ ಯೋಜನೆಯು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.

* ೨೦೦೧ ರಿಂದ ೨೦೧೧ರ ವರೆಗಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದರವನ್ನು ವಾರ್ಷಿಕ ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೧.೬೨ರಷ್ಟಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವುದು.
* ಯೋಜನಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ದೇಶದ ಎಲ್ಲ ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ಶುದ್ಧ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸೌಕರ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು.
* ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದರವನ್ನು ೨೦೦೭ರ ವೇಳೆಗೆ ಪ್ರತಿ ಸಾವಿರ ಜನನ ಗಳಿಗೆ ೪೫ ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ೨೦೧೨ರ ವೇಳೆಗೆ ಪ್ರತಿ ಸಾವಿರಕ್ಕೆ ೨೮ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವುದು.
* ಬಾಣಂತಿಯರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದರವನ್ನು ೨೦೦೭ರ ವೇಳೆಗೆ ಪ್ರತಿ ಒಂದು ಸಾವಿರ ಜನನಗಳಿಗೆ ೨ರಷ್ಟು, ಮತ್ತು ೨೦೧೨ರಷ್ಟು ವೇಳೆಗೆ ೧ರಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವುದು.

ಹನ್ನೊಂದನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ೨೦೦೭-೨೦೧೨

ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ''ತಾಯಿ-ಮಗುವಿನ ಸುರಕ್ಷತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡಿದಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ೧೦ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ೧೦೦೦ಕ್ಕೆ ೪೫ ಎಂದಿದ್ದರೆ, ೧೧ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ೨೮ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಲು ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸಲಾಗಿದೆ.''(ಲೀಲಾ ಲೇಪಾಕ್ಷ:೨೦೦೭; ಪು.೬) ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ೧೧ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಂಡರೂ ಇಂದಿಗೂ ನೂರಾರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನೀರಿನ ಸೌಕರ್ಯವಿಲ್ಲ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಲ್ಲ, ಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದರೂ ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲ, ವೈದ್ಯರು ಇದ್ದರೂ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆಯಿದೆ ಅಲ್ಲದೇ ೧೮ ವರ್ಷದೊಳಗಿರುವ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿವಾಹ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಚಿಕ್ಕವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಧರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅರಿವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಗೆ ಬರಬೇಕಾಗಿದೆ. ಹೆಣ್ಣುಭ್ರೂಣ ಹತ್ಯೆ ಆಧುನಿಕ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದಿಂದ ಗರ್ಭದಲ್ಲಿರುವ ಮಗು ಹೆಣ್ಣೋ ಗಂಡೋ ಎಂದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಅದು ಹೆಣ್ಣಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ಮಗುವನ್ನು ಗರ್ಭದಿಂದ ತೆಗೆಸುತ್ತಾರೆ. ಸರಕಾರ ಈ ಪಿಡುಗನ್ನು ಮೊದಲು ಹೋಗಲಾಡಿಸಬೇಕು. ೧೧ನೇ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಇದಕ್ಕೆ ಪರಿಹಾರ ಸಿಗುತ್ತದೆಯೇ ಎಂದು ಕಾದು ನೋಡಬೇಕು.

ಇಲ್ಲಿಯವರಿಗೆ ಜಾರಿಯಾದ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರೆ ಪ್ರತಿ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿಯು, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿರುವುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ ವಿನಿಯೋಗಿಸಲಾದ ಮೊತ್ತ, ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ - ೩.೧

ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ವೆಚ್ಚ

(ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳಲ್ಲಿ)

ಯೋಜನಾ ಅವದಿ	ಯೋಜನೆಯ ಒಟ್ಟುಗಾತ್ರ	ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯ	ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ	ಒಟ್ಟು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ಮೇಲಿನ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿನ ವೆಚ್ಚ
ಮೊದಲ ಯೋಜನೆ	೧೯೬೦	೬೫.೨	೦.೧	೬೫.೩
(೧೯೫೧ - ೫೬)		(೩.೩)	(೦.೦)	(೩.೩)
ಎರಡನೆಯ ಯೋಜನೆ	೪೬೭೨	೧೪೦.೮	೫೦	೧೪೫.೮
(೧೯೫೬ - ೬೧)		(೩.೦)	(೦.೧)	(೩.೧)
ಮೂರನೆಯ ಯೋಜನೆ	೮೫೭೬	೨೨೫.೯	೨೪.೯	೨೫೦.೮
(೧೯೬೧ - ೬೬)		(೨.೬)	(೦.೩)	(೨.೯
ವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ	೬೬೨೫	೧೪೦.೨	೭೦.೪	೨೧೦.೬
(೧೯೬೬ - ೬೯)		(೨.೧)	(೧.೧)	(೩.೨)
ನಾಲ್ಕನೆ ಯೋಜನೆ	೧೫,೭೭೮	೩೩೫.೫	೨೭೮.೮	೬೧೩.೫
(೧೯೬೯ - ೭೪)		(೨.೧)	(೧.೮)	(೩.೯)
ಐದನೆ ಯೋಜನೆ	೩೯,೪೨೬	೭೬೦.೮	೪೯೧.೫	೧೨೫೨.೬
(೧೯೭೪ - ೭೯)		(೧.೯)	(೧.೩)	(೩.೨)
(೧೯೭೯ - ೮೦)	೧೨೧೭೬	೨೨೩.೧	೧೧೮.೫	೩೪೧.೬
		(೧.೮)	(೧.೦)	(೨.೮)
ಆರನೆಯ ಯೋಜನೆ	೧೦೯೨೯	೨೦೨೫	೧೩೮೭	೩೪೧೨
(೧೯೮೦ - ೮೫)		(೧.೮)	(೧.೩)	(೩.೧)
ಏಳನೆಯ ಯೋಜನೆ	೨೨೦೨೧	೩೬೯೪	೨೯೫೮	೬೬೫೨
(೧೯೮೫ - ೯೦)		(೧.೭)	(೧.೩)	(೩.೦)
ಯೋಜನಾ ರಹಿತ ಅವಧಿ	೧೨೩೧೨	೧೯೬೫	೧೮೦೫	೩೭೭೧
(೧೯೯೦ - ೯೨)		(೧.೬)	(೧.೫)	(೩.೧)
ಎಂಟನೆಯ ಯೋಜನೆ	೪೩೪೧೦	೭೫೬೫	೬೫೦೦	೧೪೦೬೫
(೧೯೯೨ - ೯೭)		(೧.೭)	(೧.೫)	(೩.೨)

ಆಧಾರ: Panchamukhi P.R: 2000; Social Impact of econamic Reforms in India: A critical Appraisal, EPW 4th March ,P.841.

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ನಮಗೆ ಕಂಡು ಬರುವ ಮುಖ್ಯ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿರುವುದು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ಏರಿಕೆಯಾಗಿಲ್ಲ. ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕವಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ, ರಾಜ್ಯಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಸೇರಿದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುವುದು ರಾಜ್ಯಗಳ ಹೊಣೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಕೊರತೆ ಇರುವುದರಿಂದ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟಾಗಿದೆ. ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಕಾನೂನಿನ ಪ್ರಕಾರ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಲು ನಿರ್ಧರಿಸಿರುವುದರಿಂದ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಜನತೆ ಸಕ್ರಿಯ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಲು ಅವಕಾಶ ದೊರೆತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯವಲಯಕ್ಕೆ ನಿಗದಿ ಮಾಡಿರುವ ಹಣಕಾಸು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಮೊದಲ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಪ್ರತಿ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲೂ, ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಲಯಗಳಿಗೆ ಹಣದರಾಶಿಯ ನಿಗದಿಯನ್ನು ಅಧಿಕಗೊಳಿಸುತ್ತಾ ಬರಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರೆ ಒಟ್ಟು ನಿಗದಿಯ ಶೇಕಡವಾರು ಪ್ರಮಾಣ ೨.೩ ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಎಲ್ಲ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲೂ ಒಂದೇ ಸಮನೆ ಇರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ.

ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ವೆಚ್ಚ ಮಾಡುವ ಹಣಕಾಸು ಸಂಪನ್ಮೂಲವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯವನ್ನು ಸರಕಾರ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಸರಕಾರ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ. ಪ್ರತಿ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಮೀಸಲಿಡುವ ಹಣ ದ್ವಿಗುಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತಿದೆ. ಆದರೂ ಯಾಕಾಗಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂಬುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ ಸಂಗತಿಯೇ ಆಗಿದೆ.

ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳು

ಯೋಜನೆ	ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳು
ಪ್ರಥಮ ಪಂಚ ವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೫೧-೫೬)	* ಭೋರ್ ಸಮಿತಿಯು ಕನಿಷ್ಟ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು. ಶೇ.೫೦ ರಿಂದ ೬೦ ರಷ್ಟು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಶುಶ್ರೂಷೆ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಾಗಿ ನೀಡಲಾಯಿತು.
ಎರಡನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೊಜನೆ (೧೯೫೬-೬೧)	* ಮಹಿಳೆಯರ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ಮಹಿಳಾ ಸಮ್ಮೇಳನವು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು. * ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ ತಾಯಂದಿರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಯಿತು.

* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ 'ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಆಪ್ರೋಚ್'
* ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ (MCH)ದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಯಿತು.
* ಶಿಶು ಮರಣದರವೂ ತಾಯಿಯ ಫಲವತ್ತತೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಮೀಕರಿಸಲಾಯಿತು.
* ತಾಯಂದಿರ ಆರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧಕ್ಕೆ ಫಲವತ್ತತೆ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಯಿತು.
* ೧೦ ಮಿಲಿಯನ್ ಜನನಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು ಅವಶ್ಯಕವೆಂದು ಅಂದಾಜಿಸಲಾಯಿತು. ಆದರೆ ಈ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ ೫೫ ರಷ್ಟು ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು ಲಭ್ಯವಿದ್ದರು.

ಮೂರನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೬೧-೬೬) ಮತ್ತು ವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೬೬-೬೯)

* ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಆಪ್ರೋಚ್‌ನ್ನು ಕೈ ಬಿಡಲಾಯಿತು.
* ಮುಖರ್ಜಿ ಸಮಿತಿಯ ವರದಿಯು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ 'ಗುರಿಗಳು' ಮತ್ತು 'ಉತ್ತೇಜನಗಳ'ನ್ನು ಶಿಪಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು.
* ಮರು ರೂಪಿಸಿದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೊಂದನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಇದಕ್ಕೆ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಘ-ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಒತ್ತಾಸೆಯಂತೆ IUCDಯ ಜ್ಞಾನ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು.
* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸುವಂತೆ ಒಕ್ಕೂಟ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಸಲಹಾ ಸಮಿತಿಯು ಶಿಪಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು.
* ೧೯೬೭ - (MCH) ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜನೆಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾಯಿತು.
* ಮೊದಲಿಯಾರ್ ಸಮಿತಿ - ಆರೋಗ್ಯ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಯೋಜನಾ ಸಮಿತಿಯು
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಶಿಪಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಯಿತು. ೪ - ೬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ೪ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು, ವಲಯ ಶಿಕ್ಷಣಾಧಿಕಾರಿ, ಈಗಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವಿಕೆ, ದೂರದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ ಸಂಚಾರಿ ದವಾಖಾನೆಗಳು, ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಉನ್ನತ ವೃತ್ತಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮೇಲೆ ಒತ್ತು.

ನಾಲ್ಕನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೬೯ - ೭೪)	* ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದಾಗಿ IUCD ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಹಿನ್ನಡೆಯುಂಟಾಯಿತು. * ವ್ಯಾಸಕ್ಟಮಿಯ ಮೇಲೆ ಒತ್ತು. * 'ಕ್ಯಾಂಪ್ ಆಪ್ರೋಚ್' ನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಲಾಯಿತು. * ಕೇರಳದಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ವ್ಯಾಸಕ್ಟಮಿ ಕ್ಯಾಂಪ್ ನಡೆಯಿತು. ಕೆಲವೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾಂಪ್ ಆಪ್ರೋಚ್ ವಿಫಲವಾಯಿತು - ಗೋರಖಪುರ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ನಲ್ಲಿ ೧೧ ಜನರ ಸಾವು ಸಂಭವಿಸಿತು. * ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಟಿ.ಟಿ. ಮತ್ತು ಅನೀಮಿಯಾ ಪ್ರೋಫಿಲಾಕ್ಸಿಸ್ ಅನ್ನು ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು. * ೧೯೬೭ ರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕವನ್ನು ಕೇಂದ್ರಿಕರಿಸಿಕೊಂಡು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲಾಯಿತು. * ೧೯೭೧ ರಲ್ಲಿ ಕಾನೂನು ಬದ್ಧ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ (MTP) ಕಾಯ್ದೆ ಜಾರಿಗೆ ಬಂತು. * ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳ ವಿಫಲತೆಯನ್ನು MTP ಯ ನ್ಯಾಯ ಬದ್ದ ಸೂಚಕವೆಂದು ಸೇರಿಸಲಾಯಿತು. * MCH ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಿಂತಲೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ ಪಡೆಯಿತು. * ೧೯೭೩ ರಲ್ಲಿ ಕರ್ತಾರಸಿಂಗ್ ಸಮಿತಿಯು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದೊಂದಿಗೆ ಸಂಯೋಜನೆಗೊಳಿಸುವಂತೆ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು. * MCH ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ MPW ಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಯಿತು. * ತಾಯಂದಿರ ಪೌಷ್ಠಿಕತೆ ಮತ್ತು ಪೂರಕ ಶಿಕ್ಷಣ ಬಲಗೊಳಿಸಲು ICDS ನಿಂದ ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು.
ಐದನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೭೪ - ೭೮)	* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶ ಸೇವೆಗಳು, ಮತ್ತು ICDS ಸಂಯೋಜನೆಗೊಳಿಸುವತ್ತ ಪ್ರಯತ್ನ. * ಕನಿಷ್ಟ ಅಗತ್ಯಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪ್ರಾರಂಭ.

* ೧೯೭೬ರಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿ ಪ್ರಕಟ
* ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ದರವನ್ನು ಇಳಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿವಾಹದ ವಯಸ್ಸಿನ ಏರಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಶಿಕ್ಷಣದ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಯಿತು.
* ೧೯೭೬ರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾದ ಸಂತಾನಹರಣ.
* ೧೯೭೭ರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸ್ವಇಚ್ಛೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನಾಗಿ ಉತ್ತೇಜಿಸಲಾಯಿತು.
* ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳು ಅಡಕವಾಗಿರುವಂತಹ ನೀತಿಯೊಂದನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು.
* ಶ್ರೀ ವಾಸ್ತವ ಸಮಿತಿಯು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವಂತೆ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು.
* ೧೯೭೭ರಲ್ಲಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ, ಜನರ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಎಂಬ ಘೋಷಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಸ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಚಾಲನೆಗೊಂಡಿತು.
* ೧೯೭೮ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಆಲ್ಮಾ ಆಟ್ ಘೋಷಣೆ.
- ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, MCH ಮೂಲಭೂತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಭಾಗಗಳಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟವು.
- ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಕ, ವಿವಿಧೋದ್ದೇಶ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಪುನರ್‌ಮನನ, ವಿಸ್ತೃತ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ.
* ೧೯೭೯ರಲ್ಲಿ MCH ನ ಭಾಗವಾಗಿ ಶಿಶು ಬದುಕುಳಿಯುವಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಡಿಸಲಾಯಿತು.

ಆರನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೮೦-೮೫)

* ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಮಾದರಿಯೊಂದನ್ನು ಘೋಷಿಸಲಾಯಿತು.
- ೩೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರ
- ೫೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರ
- ೩೦ ಹಾಸಿಗೆಯುಳ್ಳ ಒಂದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ೬ ತಜ್ಞ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿರಬೇಕು.

	- ಶಿಶು ಮರಣದ ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಲು EPI ಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು.
	* ೧೯೮೧ರಲ್ಲಿ ICMR ಮತ್ತು ICSSR ಗಳು ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ದೊರಕಿಸುವ ಪರ್ಯಾಯಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಜಂಟಿ ವರದಿ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಯಿತು.
	* ೧೯೮೩ರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿತು.
	* ಯೂನಿಸೆಫ್ (UNICEF) ಪ್ರಭಾವದಡಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು.
ಏಳನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೮೫-೯೦)	* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ವಿನಿಯೋಗಿಸುವ ಹಣದ ಪ್ರಮಾಣ ಹೂಡಿಕೆಯ ಹೆಚ್ಚಳವಾಯಿತು.
	* ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಸಂರಕ್ಷಣೆಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಯಿತು.
	* ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಯಿತೆಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಯಿತು.
	* ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂವಹನದ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಯಿತು.
	* ಮಲೇರಿಯಾ, ಫೈಲೇರಿಯಾ, ಕುಷ್ಠರೋಗ, ಕುರುಡುತನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಇತ್ಯಾದಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಯಿತು.
ಎಂಟನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೯೨-೯೭)	* ೧೯೮೭ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್, ಸಂಯುಕ್ತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಂದ ಪಡೆದ ಸಾಲದೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು.
	* SAP ಒಪ್ಪಿತವಾಯಿತು.
	* ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಖಾಸಗೀಕರಣ
	* ಸರ್ವರಿಗೂ ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲಭೂತ ಸವಲತ್ತುಗಳು
	* ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬ ಘೋಷಣೆ
	* ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸದೇ ಅವುಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ
	* ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಲಕರಣೆಗಳು, ಔಷಧಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಳ

* ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ೫೦ : ೫೦ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೂಡಿಕೆ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಬಡ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ.
* ಪಂಚಾಯತ್‌ಗಳಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡಲಾಯಿತು.
* ದ್ವಿತೀಯ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ರೆಫ್‌ರಲ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು.
* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಪಾಲಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಯಿತು.
* ಉತ್ತಮಗೊಂಡ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶ ಪ್ರಮಾಣ, ಮಹಿಳಾ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಪ್ರಮಾಣ, ಉದ್ಯೋಗ, ಹೆಚ್ಚಿದ ವಿವಾಹದ ವಯಸ್ಸು ಇವುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಉತ್ತೇಜಿಸಲಾಯಿತು.
* ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ, ಸಂತಾನಹರಣ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಮಾತೃತ್ವ ಹಾಗೂ ಶಿಶು ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯತ್ತ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿತು.
* ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಧಾನಗಳ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಒತ್ತು ನೀಡಲಾಯಿತು.
* ೧೯೯೪ರಲ್ಲಿ ICPD ಯು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯು ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಎಂದು ಕರೆಯಿತು.

- ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆಯ್ಕೆಮಾಡುವ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ಖಚಿತ ಹಾಗೆಯೇ ಸುರಕ್ಷಿತ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಲಾಯಿತು.
- ಸ್ವಾಮಿನಾಥನ್ ಕಮಿಟಿ ವರದಿಯು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಮಿಷನ್ ಸ್ಥಾಪಿಸುವಂತೆ ಶಿಪಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಶಾಖೆಗಳ ಸಂಯೋಜನೆ
- ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳಾದ ಸಾಕ್ಷರತೆ, ಪೂರಕಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ಇನ್ನಿತರ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಯಿತು.
- ಎರಡಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದನ್ನು

	ಅನರ್ಹತೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲು ಕಾನೂನಿನ ಮೂಲಕ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. * ೧೯೯೫ರಲ್ಲಿ ಬೀಜಿಂಗ್ ಸಮ್ಮೇಳನವೂ ಪ್ರಜನನ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಬಗೆಗಿನ ಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿತು. * ೧೯೯೬ರಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿಯ ಕರಡು ಕೆಲವು ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸ್ವಾಮಿನಾಥನ್ ಸಮಿತಿ ವರದಿಯ ಕೆಲವೊಂದು ಗುಣಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸರಕಾರವು ಅಂಗೀಕರಿಸಿತು.
ಒಂಬತ್ತನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೯೭-೨೦೦೨)	* ಅಂತರ್ ಪ್ರಾಂತೀಯ ಅಸಮತೆಗಳ ಪತ್ತೆ * ಸವಲತ್ತುಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾದವರತ್ತ ಗುರಿ * ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಕೇಂದ್ರ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇರಿಸುವಿಕೆ. * ಬದುಕು ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸುಧಾರಣೆ * ಆಹಾರ ಭದ್ರತೆ ಹಾಗೂ ಕನಿಷ್ಟ ಮೂಲಭೂತ ಸೇವೆಗಳೆಡೆಗೆ ಒತ್ತು. * ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕ್ಷೇತ್ರಿಯ ಯೋಜನೆಗಳು. * ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ದರ ಹಾಗೂ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ದರ ಇಳಿಕೆಗಾಗಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ. * ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯ ಹಾಗೂ ಮಾನವಶಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಕೊರತೆಗಳನ್ನು ತುಂಬುವಿಕೆ. * ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ದಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಿಕೆ * ಖಾಸಗೀ ಮತ್ತು ಇತರ ಕ್ಷೇತ್ರಿಯ ಸಂಪರ್ಕಗಳ ಮೂಲಕ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಹಂಚಿಕೆ. * ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಉತ್ತೇಜನ ಅದರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶ ಹಾಗೂ ನಗರದ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ. * ಫಲವತ್ತತೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣದೆಡೆಗೆ ಗಮನ ಕೇಂದ್ರೀಕರಣ.

ಮೂಲ : Sarala Gopalan, Mira Shiva (Ed): 2000; National profile on women, Health and Development, Voluntary Health Association of India, World Health Organisation. Page-276-278.

ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದೇನೋ ನಿಜ. ಆದರೆ ಈ ರೀತಿ ಜಾರಿಯಾದ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಬಹುಪಾಲು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಅಥವಾ ಯೋಜನೆಗಳು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ತಾಯಿಗೆ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ಹಾಲುಣಿಸುವ ತಾಯ್ತನದ ಹಂತದ ವರೆಗೆ ಇರುವ ತಾಯಂದಿರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಗರ್ಭಧರಿಸುವ ಪೂರ್ವದ ಹಂತವನ್ನು ದಾಟದ ತಾಯಂದಿರ ಹಾಗೂ '೪೦'ರ ಗಡಿದಾಟಿದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ದರವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ರೀತಿ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ದರವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದರಿಂದ ಮೂವತ್ತರ ಆಸುಪಾಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಫಲವಂತಿಕೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಅಕಾಲ ಮುಪ್ಪನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ಆದೇ ರೀತಿ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ವಿವಾಹದ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ತರಲು ಹೀಗೆ ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಶಿಕ್ಷಣದತ್ತ ಒತ್ತು ನೀಡಿತು. ಈ ರೀತಿಯ ಪ್ರಯತ್ನದಿಂದಾಗಿಯೇ ಬಾಲ್ಯವಿವಾಹವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಹೀಗೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ನೇರವಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸಲಿಲ್ಲ. ಬದಲಾಗಿ ಅದು ಜನನ ಪ್ರಮಾಣದ ದರ ಇಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿತ್ತು. ಈ ಉದ್ದೇಶ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೋಸ್ಕರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿನ ಸಂತಾನ ಹರಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆಯೇ ಪ್ರಯೋಗಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಪುರುಷರು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಕೆಲವು ವಿಧಾನಗಳಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಯಾರು ಅನುಸರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹದ ಮೇಲೆಯೇ ಕುಟುಂಬಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳೆಲ್ಲ ಪ್ರಯೋಗಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಬೀರುತ್ತಿವೆ. ಹೀಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಶೋಧಿಸಿ ಕಂಡುಕೊಂಡ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅವು ಬಳಕೆಯಾಗುವಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಲಿಂಗ ಪಕ್ಷಪಾತತೆ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ.

೩.೨ ಪ್ರಮುಖ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಬಂದ ನಂತರ ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಲು ಮತ್ತು ವೃದ್ಧಿಸಲು ಭಾರತ ದೇಶ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಹತೋಟಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬರುವ ರೋಗಗಳ ನಿವಾರಣೆ, ಸಾವಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ತುತ್ತಾಗುವ ಮಕ್ಕಳ, ಮಹಿಳೆಯರ, ಪುರುಷರ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ, ಅಂಗವಿಕಲರ ರಕ್ಷಣೆ ಇನ್ನಿತರ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಸತತ

ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ನಿರತವಾಗಿವೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯವು ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಮನುಷ್ಯರಿಂದ ಮನುಷ್ಯರಿಗೆ, ಅಥವಾ ಪರಿಸರದಿಂದ ಮನುಷ್ಯರಿಗೆ ಪ್ರಸಾರವಾಗುತ್ತವೆಯಲ್ಲದೆ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ನೂರಾರು ಸಾವುಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗಾಗಿ ಸರಕಾರ ಹಲವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ಹೀಗೆ ರೂಪುಗೊಂಡ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಈ ಕೆಳಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಲೇರಿಯಾ ನಿರ್ಮೂಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ದೇಶದ ಹಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವರ್ಷದಿಂದ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಮಲೇರಿಯಾ ಹಾವಳಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಜನರಲ್ಲಿನ ಅಜ್ಞಾನ, ಮಡುಗಟ್ಟಿನಿಂತಿರುವ ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಪರಿಸರ ಪ್ರಜ್ಞೆಯ ಅಭಾವ, ಆರ್ಥಿಕ ಮುಗ್ಗಟ್ಟು, ಜನನಿಬಿಡತೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಕಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅಲಭ್ಯತೆಯಿಂದ ಮಲೇರಿಯಾ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗ ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನವರನ್ನು ಪೀಡಿಸುತ್ತಾದಾದರೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರಿಗೆ ಜಾಸ್ತಿ ಎನ್ನುವ ವಾದವಿದೆ. ವರ್ಷದುದ್ದಕ್ಕೂ ಮಲೇರಿಯಾ ಕಾಣಿಸಬಹುದಾದರೂ, ಮಾನ್ಸೂನ್ ಪ್ರಾರಂಭದೊಂದಿಗೆ ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಜೂನ್‌ದಿಂದ ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಇದರ ಹೆಚ್ಚಳ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ೧೯೫೩ರಲ್ಲೇ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಿಂದಾಗಿ ೧೯೫೨ರಲ್ಲಿ ಏಳೂವರೆ ಕೋಟಿ ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗಿಗಳಿದ್ದ ದುರ್ಬಲ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ೧೯೬೧ರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ೫೦ ಸಾವಿರ ರೋಗಿಗಳ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ದೇಶ ಕಾಣುವಂತಾಯಿತು. ಮಲೇರಿಯಾ ಕೊಂಪೆಗಳಾಗಿದ್ದ ಅನೇಕ ಸ್ಥಳಗಳು ಮಲೇರಿಯಾದಿಂದ ಮುಕ್ತವಾದುವು. ಆದರೆ ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಡಿಡಿಟಿ ನಿರೋಧವನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡವು. ಎಲ್ಲ ಕೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಡಿಡಿಟಿ ಸಿಂಪಡಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಸೊಳ್ಳೆಗಳು ಸಂತಾನ ವೃದ್ಧಿ ಮಾಡುವಂತೆ ಕೊಳಕು ಪರಿಸರವನ್ನು ನಾವು ಉಳಿಸಿ ಬೆಳೆಸಿದೆವು. ಹೀಗಾಗಿ ಮಲೇರಿಯಾದ ಪುನರಾಗಮನವಾಗಿದೆ." (ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೯೭; ಪು.೧೭) ಸೆಪ್ಟಂಬರ್ ೩೦, ೧೯೯೭ ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ನೆರವಿನಿಂದ ಮುಂದುವರಿದ ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಯಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ದೇಶದ ೭ ರಾಜ್ಯಗಳ ೧೦೦ ಜಿಲ್ಲೆಗಳ ಸುಮಾರು ೧೦೪೫ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾದ ಮಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ಕರ್ನಾಟಕ, ತಮಿಳುನಾಡು, ಒರಿಸ್ಸಾ ಇನ್ನಿತರ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಮಲೇರಿಯಾ ನಿವಾರಣಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಜನತೆಯ ನಿರಾಸಕ್ತಿ, ನೈಸರ್ಗಿಕ ಅಥವಾ ಭದ್ರತಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಮಲೇರಿಯಾ ಪೀಡಿತ ಪ್ರದೇಶದ ಅಂದಾಜಿನಲ್ಲಿ ಏರುಪೇರು, ರೋಗ ಪೀಡಿತ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಜನವಸತಿ ತಪ್ಪಿಸಲು ಇರುವಲ್ಲಿನ ತೊಡಕುಗಳು, ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಅನಾಸಕ್ತಿ ಮತ್ತು ನಿವಾರಣೋಪಾಯಗಳ ಕುರಿತಾದ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣಾ ಯೋಜನೆಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಿ ನಗರಗಳತ್ತ ಕೇಂದ್ರೀಕರಣಗೊಂಡಿರುವುದು ಮಲೇರಿಯಾ ಮರುಕಳಿಸುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಿರಬಹುದು. ಉದಾ:- ರಾಯಚೂರಿನ 'ಗಲಗ' ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ೧೮ ಜನರ ಸಾವು ೪೫ ಜನರ ಸ್ಥಿತಿ ಗಂಭೀರ ೨೦೦೪ರಲ್ಲಿ ಗಲಗ ಮಲೇರಿಯಾ ಪೀಡಿತ

ಗ್ರಾಮವಾಗಿತ್ತು. ಗಲಗ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಲೇರಿಯಾ ಜ್ವರ ಬಂದು ಗರ್ಭಪಾತ ಹಾಗೂ ಭಾರಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ ತಲೆದೋರಿತ್ತೆಂದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ತಿಳಿಸಿದರು.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಫೈಲೇರಿಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಆನೆಕಾಲು ರೋಗಿಗಳಾದ ಪಾದ ಮತ್ತು ಕಾಲಿನ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಯುಂಟಾಗಿ, ಪಾದ ಮತ್ತು ಕಾಲಿನಲ್ಲಿ ದ್ರವ ಶೇಖರವಾಗಿ ಪಾದವು ತನ್ನ ಬಾಹ್ಯಾಕೃತಿ ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಆನೆಯ ಕಾಲನ್ನು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿಯೇ ಇದಕ್ಕೆ ಆನೆಕಾಲು ರೋಗ ಅಥವಾ ಫೈಲೇರಿಯಾ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೋಗವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿಡಲು ''೧೯೫೫ರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿತು. ಸೊಳ್ಳೆಗಳಿಂದ ಹರಡುವ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ನಮ್ಮ ಕರ್ನಾಟಕದ ಕರಾವಳಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ಮೊದಲಿಗೆ ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ಈಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿದೆ.''(ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೯೨; ಪು.೧೨) ನಗರೀಕರಣ, ಕೈಗಾರಿಕೀಕರಣ ಜನತೆ ವಲಸೆ ಹೋಗುವುದು, ಅನಕ್ಷರತೆ, ಬಡತನ ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಕೊರತೆ ಇರುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಇದು ಹೆಚ್ಚು. ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಸಿನವರೂ ಲಿಂಗ ಭೇದವಿಲ್ಲದೆ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಪರಿಹಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇದೆ. ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಯೆಂದರೆ ಸೊಳ್ಳೆಗಳಿಂದ ಹರಡುವ ಈ ರೋಗ ಬರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ಉತ್ತಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ಸೊಳ್ಳೆಗಳಿಂದ ದೂರವಿರುವುದೇ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಮುಂಜಾಗರೂಕತೆಯಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಕ್ಷಯ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ರೋಗವಾಗಿದೆಯಲ್ಲದೇ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. '೧೯೬೨ರಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಬಂದ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಉದ್ದೇಶ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳನ್ನು ಬೇಗ ಗುರುತಿಸುವುದು ಅವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿ ತನ್ಮೂಲಕ ಬೇರೆಯವರಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಹರಡದಂತೆ ಮಾಡುವುದು, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಗುಲದಂತೆ ಬಿಸಿಜಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ನೀಡುವುದು ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು.''(ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೯೨; ಪು.೧೨) ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಉಚಿತ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆಯಲ್ಲದೇ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರ ಶೇ.೧೦೦ರಷ್ಟು ಟಿ.ಬಿ.ನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಉಚಿತವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾಗುವುದೆಂದು ವೈದ್ಯರು ತಿಳಿಸಿದರು. ಕ್ಷಯ ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಈ ತರಹದ ಮಾರಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ತುಂಬಾ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡಬೇಕು. ಹಾಗೂ ಅವರು ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾದ ತಾಯ್ತನದ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ, ಮುಂದೆ ಹುಟ್ಟುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಈ ರೋಗಗಳು ಬಾರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಾಪ್ತವಯಸ್ಸಿನ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಕುಷ್ಠರೋಗ ಎಂಬುದು ಖಂಡಿತ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಲ್ಲದ ರೋಗವಲ್ಲ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದರೆ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ರೋಗದ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣವೆಂದರೆ ಸ್ಪರ್ಶಜ್ಞಾನ ಹೊಂದಿರದ ಮಚ್ಚೆಗಳು ಉಂಟಾಗುವುದು. ಜನತೆ ಈ

ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಅನೇಕ ತಪ್ಪು ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇದೊಂದು ಪಾಪ ಮಾಡಿದ ಶಾಪದ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಬರುವಂತಹದ್ದು, ಅನುವಂಶೀಯವಾಗಿ ಬರುವಂತಹದ್ದು' ಎಂಬ ಮೂಢನಂಬಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವರು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೆ ೧೯೫೫ ರಿಂದಲೇ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ ೧೯೮೩ರಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆ ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಬಂತು. ಜನರಲ್ಲಿ ಮೂಢನಂಬಿಕೆ ಹೋಗುವವರೆಗೂ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬರುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಜನತೆ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಈ ರೋಗದ ನಿರ್ಮೂಲನೆಗೆ ಪಣತೊಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೂ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪ್ರಸಾರವಾಗುವ ರೋಗವನ್ನು ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ''೧೯೪೯ರಷ್ಟು ಹಿಂದೆಯೇ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿದ್ದರೂ ಯಶಸ್ಸುಕಾಣದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಂಕ, ಭಯ, ಅಜ್ಞಾನ, ವೇಶ್ಯಾವಾಟಿಕೆಗಳು, ಢೋಂಗೀ ವೈದ್ಯರು, ನಗರೀಕರಣ, ಲೈಂಗಿಕ ಪ್ರಚೋದಕ ಸಾಹಿತ್ಯ ಸಿನಿಮಾ ಮತ್ತು ಜೀವನ ಶೈಲಿ, ಕುಟುಂಬದಿಂದ ದೂರವಿರುವಿಕೆ ಸಂಚಾರ ಮಾಡುವ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳದಿಂದ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ.''(ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೯೭; ಪು.೧೮) ಲೈಂಗಿಕತೆ ಎಂದೊಡನೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಆತಂಕ, ಮುಜುಗರ, ಜುಗುಪ್ಸೆ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಶರೀರದ ಬೇರೆಲ್ಲ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಭಯ, ಮುಜುಗರ ಇಲ್ಲದೇ ವೈದ್ಯರೊಡನೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಜನತೆ ತಮ್ಮ ದಾಂಪತ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ತೊಂದರೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಕುರಿತು ವೈದ್ಯರೊಡನೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಮಾತನಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೀತಿಯ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ತಮ್ಮೊಳಗೇ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು ಕೊರಗುತ್ತಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಹದಗೆಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವವರೇ ಹೆಚ್ಚು. ಲೈಂಗಿಕತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಮಿಥ್ಯೆ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳು ಹಾಸುಹೊಕ್ಕಾಗಿವೆ. ಸರಕಾರ ಜಾರಿ ಮಾಡಿರುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಜನತೆ ಲೈಂಗಿಕತೆಯ ಅರಿವು, ಮಾಹಿತಿ ಇನ್ನಿತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯವಿದೆ. ಮುಖ್ಯವಾಗಿ 'ಹೆಣ್ಣು' ಹದಿಹರೆಯದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸದೃಡವಾಗಿರಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯವಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ದೃಷ್ಠಿದೋಷ ಮತ್ತು ಕುರುಡು ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

''ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ೧೯೭೬ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಇದಕ್ಕೂ ಮುಂಚೆ ರವೆಗಣ್ಣು (Trachoma)ನಿಯಂತ್ರಣ ಹಾಗೂ ವಿಟಮಿನ್-ಎ ನಿರೋಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೆಂದು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿತ್ತು. ೧೯೮೨ ರಿಂದ ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಇಪ್ಪತ್ತು ಅಂಶಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಂಚಾರಿ ನೇತ್ರ ಪರೀಕ್ಷಾಲಯಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ ಹಾಗೂ ಆಡಳಿತದ ಎಲ್ಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣಿನ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಅಗತ್ಯ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಹಾಗೂ ೨೦೦೦ನೇ ಇಸ್ವಿಯೊಳಗೆ ಕುರುಡುತನದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಶೇ.೧.೪ ರಿಂದ ೩ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿಯನ್ನು

ಹೊಂದಲಾಗಿತ್ತು''(ನೀರಜಾಪ್ರಿಯ:೧೯೯೯; ಪು.೪೦) ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅಂಧತ್ವದಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಲಿದೆ. 'ಎ' ಜೀವಸತ್ವದ ಕೊರತೆ, ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳು, ಅಪಘಾತ ಇವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಧತ್ವಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣಿನ ಪೊರೆ, ಅನುವಂಶೀಯ ಮತ್ತು ಹುಟ್ಟಿನಿಂದಲೇ ಬರುವ ಕಣ್ಣಿನ ತೊಂದರೆಗಳಿಂದ ಅಂಧತ್ವ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣಿನ ಪೊರೆ, ಗ್ಲಾಕೋಮ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅನುವಂಶೀಯ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಕೆಲವು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ, ಕಣ್ಣಿಗೆ ಗಾಯ ಮುಂತಾದ ತೊದರೆಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ, ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಅಂಧತ್ವ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯಿದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವೈದ್ಯರದು. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಅಂಧತ್ವವನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು ಸ್ವಯಂ ಸೇವೆ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮುಂದಾಗಿವೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅತಿಸಾರ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹಾಗೂ ಸಾವುಗಳಿಗೆ ಅತಿಭೇದಿ (ಅತಿಸಾರ) ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ''ಈ ವಯೋಮಾನದ ಮಕ್ಕಳು ವರ್ಷಕ್ಕೆ ೨-೩ ಬಾರಿ ಅತಿಸಾರಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಪ್ರತಿವರ್ಷ ೫೦೦ ಮಿಲಿಯನ್ ಜನರು (ಎಲ್ಲಾ ವಯೋಮಾನದವರು ಸೇರಿ) ಈ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದು ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಸುಮಾರು ೫೦-೧೦೦ ಮಿಲಿಯನ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದ್ದು ೫ ಮಿಲಿಯನ್ ಜನರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಜೀವಜಲ (ಓ.ಆರ್.ಎಸ್) ಬಳಕೆಗೆ ಉತ್ತೇಜನ ಎದುಹಾಲುಣಿಸಲು ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಚ್ಛತೆಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.''(ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೯೭; ಪು.೧೮) ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಐದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರತಿಶತ ೧೪ರಷ್ಟು ಇರುವುದರಿಂದ ಅವರತ್ತ ಗಮನಹರಿಸುವುದು ಸೂಕ್ತ ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿಗೆ ಪ್ರಬಲ ಹಾಗೂ ಪ್ರಥಮ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಅತಿಸಾರ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಅತಿಸಾರದ ಹಾವಳಿ ಹೆಚ್ಚು ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಕಲುಷಿತಗೊಳ್ಳುವುದು ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದು. ಇದರ ಅರಿವು ಜನರಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಉಪಯೋಗವಾಗುವ ಸಕ್ಕರೆ ಲವಣಗಳ ಮಿಶ್ರಣದ ಒಂದು ಸೂತ್ರವನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಎಲ್ಲೆಡೆ ಯಾವುದೇ ವಯೋಮಾನದವರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೊಡಬಹುದಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವೈದ್ಯರದು. ಇಂತಹ ಮಿಶ್ರಣದಲ್ಲಿ ಸೋಡಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡ್ (ತಿನ್ನುವ ಉಪ್ಪು) ೩.೫ಗ್ರಾಂ, ಸೋಡಿಯಂ ಬೈ ಕಾರ್ಬೋನೆಟ್ (ಅಡುಗೆ ಸೋಡಾ) ೨.೫ ಗ್ರಾಂ, ಪೊಟ್ಯಾಸಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡ್ ೧.೫ ಗ್ರಾಂ ಮತ್ತು ಗ್ಲೂಕೋಜ್ ೨೦ ಗ್ರಾಂ ಇದ್ದ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಹವೆಯಲ್ಲಿಯ ತೇವಾಂಶ ತಾಕದಂತೆ ಅಲ್ಯೂಮಿನಿಯಂ ಅಥವಾ ಪಾಕೀಟುಗಳಲ್ಲಿರಿಸಿ ವಿತರಣೆ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಇದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮನೆ ಮನೆಗೆ ತಲುಪಿಸುವುದು ಈ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಒಂದು ಲೀಟರ್ ಕುದಿಸಿ, ಆರಿಸಿ, ಸೋಸಿದ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕರಗಿಸಿ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡಿ ಎಂಬ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಶ್ಲಾಘನೀಯ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಳಗಂಡ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

''ಭೂಮಿಯಲ್ಲಿ ಅಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು, ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಸ್ತ್ರೀಯರು ಅದರಲ್ಲೂ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಇದಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿ ಕತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಗಡ್ಡೆ (ಗಾಯಿಟರ್) ಹುಟ್ಟುವ ಮಗುವಿನಲ್ಲಿ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿತ್ತು. ಅಯೋಡ್ರೈಸ್ಡ್ ಉಪ್ಪಿನ ಬಳಕೆಯಿಂದಾಗಿ, ಇದು ಈಗ ಹತೋಟಿಗೆ ಬರುತ್ತಿದೆ.'' (ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೯೭; ಪು.೧೮) ೧೯೬೨ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಳಗಂಡ ನಿಯಂತ್ರಣಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಾಕಿಕೊಂಡ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿಗಳು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿವೆ: ಗಳಗಂಡ ಕಂಡುಬಂದ ಪ್ರದೇಶದ ಸಮೀಕ್ಷೆ, ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಅಯೋಡಿನ್‌ಯುಕ್ತ ಉಪ್ಪು ಪೂರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ತಿಳಿಯಲು ಐದು ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸಾರಿ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸುವುದು. ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರ ಅಯೋಡಿನ್ ಯುಕ್ತ ಉಪ್ಪಿನ ಮಾರಾಟವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಿದ್ದು, ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ೨೦ ಅಂಶಗಳು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆಗಸ್ಟ್ ೧೯೯೨ರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೆಂದು ಪುನಃ ನಾಮಕರಣ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಯೋಡಿನ್ ಕೊರತೆ ಉಂಟಾಗಿ ತಾಯಿಗೆ ಗರ್ಭಪಾತವಾಗುವ, ಇಲ್ಲವೆ ಹುಟ್ಟುವಾಗಲೇ ಮಗು ಸತ್ತಿರುವ, ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲ ಮತ್ತು ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯದ ಮಗು ಹುಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ನಿವಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗಳಗಂಡ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ತುಂಬ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಆಶಯವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಇದು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತುಕೊಟ್ಟಂತೆ ತೋರಿದರು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹುಟ್ಟುವ ಮಗುವಿನ ಕಾಳಜಿಗೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪೂರಕವಾಗಿದೆ.

ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

''ಶಿಶು ಮರಣವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಗುರಿಯೊಂದಿಗೆ ೧೯೭೮ರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕಾಡುವ ಆರು ಮಾರಕ ರೋಗಗಳಾದ ಕ್ಷಯ, ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿ ಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು, ಪೋಲಿಯೋ ಮತ್ತು ದಡಾರ ಇವುಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿ ೧೯೮೫ರಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಎಂದು (ಈ ಮುಂಚೆ ಮುಂದುವರಿದ ಲಸಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಎಂದಿತ್ತು.) ಮರುನಾಮಕರಣ ಮಾಡಲಾಯಿತು.'' (ನಿರಜಾಪ್ರಿಯ:೧೯೯೯; ಪು.೪೦) ೨೦೦೦ನೇ ಇಸ್ವಿಯೊಳಗೆ ಪೋಲಿಯೋ ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡುವ ಗುರಿಯೊಂದಿಗೆ ೧೯೯೫ರಲ್ಲಿ 'ಪಲ್ಸ್‌ಪೋಲಿಯೋ' ಎಂಬ ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಜಾರಿ ಆದಂದಿನಿಂದ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪೋಲಿಯೋ ರೋಗದ ಹಾವಳಿ ಸಾಕಷ್ಟು ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಪ್ರಮಾಣ ಕೂಡ ಸಾಕಷ್ಟಿದೆ. ಏನೆಲ್ಲಾ ಮಾಡಿದರೂ ನಾವು ಪರಿಪೂರ್ಣ ಗುರಿಯನ್ನು ಖಚಿತವಾಗಿ ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲರಾಗುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪೋಲಿಯೋ ಹನಿ ಹಾಕುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿದಂತೆ ಅಂಗನವಾಡಿ

ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಹನಿಯಿರುವ ಶೀಸೆಯನ್ನು ಕರವಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ಸುತ್ತಿಕೊಂಡು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಸುತ್ತಾಡಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹಾಕುವುದು ಕಂಡುಬಂತು. ತಕ್ಷಣ ವಿಚಾರಿಸಿದರೆ ಮಂಜುಗಡ್ಡೆ ತುಂಬಿದ ಪೆಟ್ಟಿಗೆ ಭಾರ ಇದ್ದು ಹೊತ್ತೊಯ್ಯುವುದು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದರು. ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ವಾಹನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲದೆ 'ಪಲ್ಸ್‌ಪೋಲಿಯೋ' ಅಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಗುರಿ ತಲುಪುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಯೋಜನೆ ವಿಫಲವಾಗುವುದು ಕೂಡ ವಾಸ್ತವ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀರು ಪೂರೈಕೆ ಮತ್ತು ಸ್ವಚ್ಛತಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

''೧೯೫೪ರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ಇಂದಿಗೂ ಶೇಕಡ ೪೬ರಷ್ಟು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸೌಕರ್ಯವಿಲ್ಲ. ನೈರ್ಮಲ್ಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ನಾವು ದಯನೀಯ ಸೋಲನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಕೊಳಗೆರೆಗೆ, ಕಸಕಡ್ಡಿ, ತ್ಯಾಜ್ಯ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲೆಂದರೆ ಅಲ್ಲಿ ಎಸೆಯಲು, ಮಲಮೂತ್ರಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲೆಂದರೆ ಅಲ್ಲಿ ಮಾಡಲು ನಾವು ಪ್ರಸಿದ್ಧರಾಗಿದ್ದೇವೆ.'' (ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೯೭; ಪು.೧೯) ಜನತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ನೀರು, ನೈರ್ಮಲ್ಯಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕ ಅಂಶಗಳು. ಜನತೆ ಉತ್ತಮ ಜೀವನ ನಡೆಸುವಲ್ಲಿ ನೀರು, ಆಹಾರ, ವಸತಿ, ನೈರ್ಮಲ್ಯಗಳು ಕನಿಷ್ಟ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯಲು ೩-೪ ಲೀಟರ್ ನೀರಿನ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಹಾಗೂ ನಿತ್ಯದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ೪೦ ಲೀಟರ್ ನೀರು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಅದು ನೇರವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ನೀರು ಸಂಗ್ರಹಣೆ ಮಾಡುವವರು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು. ಪಾತ್ರೆ ತೊಳೆಯಲು, ಬಟ್ಟೆ ಒಗೆಯಲು, ಅಡುಗೆ ಮಾಡಲು ಇನ್ನಿತರ ಮನೆ ಬಳಕೆಗೆ ನೀರು ಖರ್ಚುಮಾಡುವವರು ಮಹಿಳೆಯರು. ನೀರಿನ ಸಮಸ್ಯೆ ಇಂದಿಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ನೀರು ಸಂಗ್ರಹಣೆಗಾಗಿ ೪-೫ ಕಿ.ಮೀ.ಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ದೂರದಿಂದ ನೀರು ತರುವುದು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಪ್ಪುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಸೊಂಟನೋವು, ಕಾಲುನೋವುಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಹೀಗೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ನೀರು ಹೊರುವ ಕಾರಣದಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಭುಜ, ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಹದೆಗೆಡುತ್ತದೆ. ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಕಲಿತು ನಲಿಯಬೇಕಾದ ಹುಡುಗಿಯರು ನೀರು ತರುವ ಹೊರೆಯಿಂದಾಗಿ ನಲುಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದಾಯ ವಿಮುಖವಾದ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ಲಾಭವಿಲ್ಲದೆ ಇಂತಹ ಅನಪೇಕ್ಷಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಅನಿವಾರ್ಯ ಎಂಬಂತೆ ಬೆಳೆದ ಮಗಳು ಹೊರುತ್ತಿದ್ದಾಳೆ. ಹಾಗೊಮ್ಮೆ ತಾಯಿ ನೀರಿಗಾಗಿ ಹೊರ ಹೊರಟರೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ಹಾಗೂ ಮನೆ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೆಣ್ಣು ಮಗಳೆ ದಿಕ್ಕು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ನೀರಿನ ಬವಣೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀರುಪಾಲಾಗಿಸಿದೆ. ಇವೆಲ್ಲವೂ ಬಡತನ ಬೇಗೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಲೋಕದ ಕಷ್ಟ, ಕಾರ್ಪಣ್ಯಗಳು ಅವಳ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಅವಳ ಸುತ್ತಲಿನ ಪುರುಷ ಸಮುದಾಯ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಉದಾಸೀನತೆ, ಸೋಮಾರಿತನ ತಾಳಿದೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ನೀರಿಗಾಗಿ ಪರದಾಡುವ

ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿ ತುಂಬಾ ಶೋಚನೀಯ. ''ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಕೆಗೆ ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದ್ದು ಕೇಂದ್ರದ ನೆರವು ಹಾಗೂ ವಿದೇಶಗಳ ಧನಸಹಾಯದೊಂದಿಗೆ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಾ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆಗೆ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಪೂರೈಸುವಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಕೆ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆಯಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ಇಂಜಿನಿಯರ್ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಿ ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.'' (ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ:೨೦೦೪; ಪು.೧೪) ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಸಲು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದ್ದರೂ ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ; ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳು: ಅಂತರ್ಜಲ ಬತ್ತುವಿಕೆ, ವಿದ್ಯುತ್ ಕೊರತೆ, ಗ್ರಾಮಪಂಚಾಯತಿಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ, ಪರಿಕರಗಳ ದುರಸ್ತಿ ಕಾರ್ಯದ ವಿಳಂಬ ಇನ್ನಿತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತಿವೆ.

ಕನಿಷ್ಠ ಅಗತ್ಯಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಇದನ್ನು ''ಐದನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ (೧೯೭೪-೭೮)ಯಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಯಿತು. ಇದರ ಉದ್ದೇಶ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿ, ಅವರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಿ, ಆ ಮೂಲಕ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದು. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯಗಳೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ, ಗ್ರಾಮೀಣ ನೀರು ಸರಬರಾಜು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಪೂರೈಕೆ, ವಯಸ್ಕರ ಸಾಕ್ಷರತೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಒದಗಿಸುವದು, ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಪರಿಸರವನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವುದು, ಭೂಮಿ ಇಲ್ಲದ, ದುಡಿಮೆಗಾರರಿಗೆ ಮನೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು''.(ರಾಮಕೃಷ್ಣ.ಜಿ:೧೯೭೭; ಪು.೧೯) ಕನಿಷ್ಠ ಅಗತ್ಯಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಇದು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಇದೂ ಒಂದು ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಗ್ರಾಮಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಸರಕಾರವು ಗ್ರಾಮಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ, ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತಂದರೂ ಜನತೆಯು ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳಾದ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಆಹಾರ, ವಸತಿ,ವಿದ್ಯುತ್, ಶಿಕ್ಷಣ, ಆರೋಗ್ಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಇನ್ನಿತರ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜನತೆಗೆ ತಲುಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಬಂದು ಐದು-ಆರು ದಶಕಗಳ ನಂತರವೂ ರಾಜ್ಯದ ಬಹುಪಾಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿವೆ. ಉದಾ. ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಶೌಚಾಲಯುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಅನೇಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಯಲೇ ಶೌಚಾಲಯವಾಗಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಲು ನೂರಾರು ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಬಜೆಟ್‌ಗಳಲ್ಲಿಯೇ ನಿಗದಿಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಣ ಬಿಡುಗಡೆಯೂ ಆಗುತ್ತ ಬಂದಿದೆ. ಆದರೆ

ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮಾತ್ರ ಜನತೆಗೆ ಸಿಕ್ಕಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯಷ್ಟೇ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಮನೆಗೊಂದು ಶೌಚಾಲಯ ನಿರ್ಮಿಸಲು ನೂರಾರು ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡಿತ್ತು. ಶೌಚಾಲಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆಯೆಂದು ಸುಳ್ಳು ವರದಿಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಕೂಡ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಇಂಥ ನೂರಾರು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಸರಕಾರದ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದರೂ ಉಪಯೋಗವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಮೂಲಸೌಲಭ್ಯ ಕಲ್ಪಿಸಲೆಂದು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿದ ಹಣವನ್ನು ನುಂಗಿಹಾಕಿದವರು ಜನನಾಯಕರಾಗಿ ಮೆರೆಯುತ್ತಿರುವುದು ದೇಶದ ರಾಜಕೀಯದ ವಿಪರ್ಯಾಸ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ಸ್ವಚ್ಛ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ಶೌಚಾಲಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಪರಿಸರವಿಲ್ಲದೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆ ಬದುಕುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಜನತೆಯನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಲು ಪಂಚಾಯಿತಿ ರಾಜ್ಯವ್ಯವಸ್ಥೆ ಪ್ರಯತ್ನಪಡುತ್ತಿದೆ. ಆದರೂ ಅದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಯಶಸ್ಸು ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನ್ವಯ ಶೌಚಾಲಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿದರೆ ಸಾಲದು ಅವುಗಳನ್ನು ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಕಾಗಿರುವ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಇಡೀ ಯೋಜನೆ ವ್ಯರ್ಥವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಅಂಶಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡೆ ಶೌಚಾಲಯ ನಿರ್ಮಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಮನೆಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಂತೆ ಶೌಚಾಲಯಗಳಿರಬಾರದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಜನರಲ್ಲಿದ್ದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಅನೇಕ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಇಂದಿಗೂ ಶೌಚಾಲಯಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆ ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ನೆಲಹಾಳ ಗ್ರಾಮವನ್ನು ಉದಾಹರಿಸಬಹುದು. ಇವತ್ತಿಗೂ ಈ ಊರಿನಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಒಂದು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಶೌಚಾಲಯದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ನೋಡಬಹುದು. ಹಾಗಾಗಿ ಶೌಚಾಲಯ ಇಲ್ಲದವರು ತಮ್ಮ ಗ್ರಾಮದ ಸುತ್ತ ಮುತ್ತಲಿನ ಬಯಲು ಜಾಗದಲ್ಲೇ ಕಕ್ಕಸ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಕಾರಣ ಅವರಿಗೆ ಕಕ್ಕಸಿಗೆ ಬೇರೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲ. ಈ ಬಗೆಯ ಬಯಲು ಕಕ್ಕಸ್ಸಿನಿಂದ ಹಬ್ಬುವ ರೋಗಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯೂ ಅಪಾರವಾಗಿದೆ. ಈ ಬಯಲು ಕಕ್ಕಸಿನ ಕ್ರಮದಿಂದ ಗ್ರಾಮದ ಮಹಿಳೆಯರು ನರಕಯಾತನೆ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅದು ಬಯಲು ಜಾಗವಾದ್ದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಪುರುಷರು ಸುಳಿದಾಡುವುದು ಸಹಜ. ಇಂಥ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ನಾಚಿಗೆ ಬಿಟ್ಟು ಹಾಗೇ ಕೂಡುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದ ಮಾತು. ಅದು ಅತ್ಯಂತ ಏಕಾಂತವಾದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ನಡೆಯಬೇಕಾದ ತುರ್ತುಕ್ರಿಯೆ ಆಗಿದ್ದರಿಂದ ಪುರುಷರು ಬಂದ ಕೂಡಲೇ ಎದ್ದು ನಿಲ್ಲುವುದು ಅಷ್ಟೇ ಕ್ರೂರ ಅಸಾಧ್ಯ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆ ಅನುಭವಿಸುವಂತಹದ್ದಾಗಿದೆ. ಇದು ಎಂದೋ ಒಂದು ಸಲ ಅಥವಾ ಯಾವತ್ತೋ ಒಂದು ದಿನ ಮಾತ್ರವೇ ನಡೆಯುವಂತಹದ್ದಲ್ಲ. ಪ್ರತಿದಿನವೂ ನಡೆಯುವ ಜೈವಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಜೈವಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೂ ಪರದಾಡಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಮ್ಮಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತಿದೆ. ಶೌಚಕ್ಕಾಗಿ ಜನರಿಲ್ಲದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೋಗಬೇಕಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಬೆಳಗಿನ ಜಾವ ಇಲ್ಲವೆ ತಡರಾತ್ರಿಯಲ್ಲಿ ಜನರೆಲ್ಲ ಮಲಗುವವರೆಗೆ ಕಾಯುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಶೌಚಾಲಯ ಕಟ್ಟದಿರುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ

ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಬೀರುತ್ತವೆ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಹೆಂಗಸರು, ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಇನ್ನೂ ಕಠೋರವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿನ ಮನೆಯ ರಚನೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ''ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಡುಗೆ ಕೋಣೆಯು ಕತ್ತಲಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಕೋಣೆಗೆ ಬೆಳಕು ಬರುವಂಥ ಕಿಟಕಿಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಡುಗೆ ಕೋಣೆಯಿಂದ ಹೊಗೆ ಹೊರಗೆ ಹೋಗಲು ಹೊಗೆ ಕೊಳವೆಗಳೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಡುಗೆ ಕೋಣೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ 'ಅಟ್ಟ'ದಲ್ಲಿ ಅಕ್ಕಿ, ಬೇಳೆ, ಮೀನು ಮತ್ತಿತರ ಅವಶ್ಯ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಇರಿಸುವುದರಿಂದಾಗಿ ಅವೆಲ್ಲ ಬೆಚ್ಚಗಿರುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಅಡುಗೆ ಕೋಣೆಯಲ್ಲಿ ಸದಾ ಬೆಂಕಿ ಉರಿಯುತ್ತಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೀಗೆ ಸದಾ ಹೊಗೆಯಿಂದ ತುಂಬಿರುವ, ಬೆಂಕಿಯಿಂದ ಬೆಚ್ಚಗಾಗಿರುವ, ಗಾಳಿ ಸಂಚಾರವೇ ಇಲ್ಲದ ಅಡುಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಹೆಂಗಸು ತಮ್ಮ ಎಳೆವಯಸ್ಸನ್ನು, ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸನ್ನು, ಮುಪ್ಪನ್ನು ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಅವರು ಸು. ೪೫ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ತಮ್ಮ ಕಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಶ್ವಾಸ ಕೋಶಗಳಿಗೆ ಹೊಗೆ ತುಂಬಿಸಿಕೊಂಡು, ಗೂರಲು ರೋಗ, ಕೆಮ್ಮಿಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ನಮ್ಮ ಮನೆಗಳು ಹೆಂಗಸರನ್ನು ಜೈವಿಕವಾಗಿ ಹಿಂಸಿಸುವ ಅಮಾನುಷ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿವೆ''. (ಪುರುಷೋತ್ತಮ ಬಿಳಿಮಲೆ: ೧೯೯೭; ಪು-೨೩೦). ಹೀಗೆ ಮನೆಯ ವಾತಾವರಣ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿ ಅವರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ ಅದನ್ನು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿರುವ ಬಡಜನತೆಯ ಬದುಕು ತೀರ ಕೆಳಮಟ್ಟದ್ದು, ಗುಡಿಸಲು ಹಾಕಿಕೊಂಡು ವಾಸಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೀತಿ ಜೀವಿಸುವ ಕುಟುಂಬಗಳು ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ತೊಂದರೆಗೆ ಸಿಲುಕುತ್ತಾರೆ. ಗುಡಿಸಲಿನ ವಾಸಿಗರ ಬದುಕು ತುಂಬಾ ಅತಂತ್ರ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದು ಮಳೆಗಾಲದಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾದ ಮಳೆ ಮತ್ತು ಗಾಳಿಗೆ ಎಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಗುಡಿಸಲು ಯಾವಾಗ ಬಿದ್ದು ಹೋಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಆತಂಕ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಬೆಂಕಿಯ ಅಪಘಾತದಲ್ಲಿ ಈ ಗುಡಿಸಲುಗಳು ಸುಟ್ಟು ಹೋಗುವ ಸಂಭವವೂ ಇರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಸರಕಾರವು ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಜನತಾ ಮನೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಬಡ ಮತ್ತು ನಿರಾಶ್ರಿತರಿಗೆ ಮನೆಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಆಶಯವೇನೂ ಚೆನ್ನಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಯೋಜನೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಜಾರಿಗೆಗೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಬಡ ಜನರಿಗಾಗಿ ಕಟ್ಟಿಕೊಟ್ಟ ಸರಕಾರದ ಮನೆಗಳು ಕೆಲವೇ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಬಿದ್ದು ಹೋದ ಅನೇಕ ನಿದರ್ಶನಗಳು ನಮಗೆಲ್ಲ ತಿಳಿದೇ ಇದೆ. ಈ ರೀತಿ ಜನರಿಗೆ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳು ವಿಫಲಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು ವಿಷಾದನೀಯ. ಅಲ್ಲದೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಕೆಲವು ರೈತಾಪಿಗಳು ತಮ್ಮ ವಾಸ್ತವ್ಯದ ಮಧ್ಯವೇ ತಾವು ಸಾಕಿಕೊಂಡಿದ್ದ ದನಕರುಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಅವರು ವಾಸಿಸುವ ಸ್ಥಳ ಅನೈರ್ಮಲ್ಯದಿಂದ ಕೂಡಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅಂತೆಯೇ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಡ ಜನತೆ ಅಥವಾ ವಲಸೆ ಹೋದ ಜನರು ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಹೀಗೆ ಸರಿಯಾದ

[illegible]

ವಸತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಅಥವಾ ವಾಸವಾಗಿದ್ದು ಪರಿಸರ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರದಿದ್ದರೆ ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶ ಕೂಡ ಜನರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಚರ್ಚಿಸಿದ್ದು, ಈ ಚರ್ಚಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ, ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೂ ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಭಿನ್ನತೆಗಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಇವುಗಳ ಮೂಲ ಆಶಯ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದಾಗಿದ್ದರೂ, ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಆಯೋಜಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀ ಪುರುಷರಿಬ್ಬರಿಗೂ ಅನ್ವಯಿಸುವಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದೆ. ಹೀಗೆ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜನರನ್ನು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಡಲು ಅನೇಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನ ಪಡುತ್ತಿದ್ದರೂ ಅದು ಹಲವು ನ್ಯೂನ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗಿಲ್ಲ.

ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

೦೧. ರಾಜಶೇಖರ್ ಎಸ್ ಮತ್ತು ರಾಜೇಶ್.ಆರ್:೨೦೦೩; **'ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಶಾಸ್ತ್ರ'**, ಭ್ರಮರ ಪ್ರಕಾಶನ, ಶಿವಮೊಗ್ಗ.

೦೨. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಟಿ.ಆರ್:೨೦೦೧; **'ಮಹಿಳೆ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ'**, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೦೩. ಹಿರೇಮಠ ಎಸ್.ಎಸ್:೧೯೯೧; **'ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಡೆದು ಬಂದ ದಾರಿ'**, ಶಿವಪ್ರಶಾಂತ ಪ್ರಕಾಶನ, ಗುಲಬರ್ಗಾ.

೦೪. ಲೀಲಾ ಲೇಪಾಕ್ಷ:೨೦೦೭; ಹನ್ನೊಂದನೇ ಪಂಚವಾಪಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಗುರಿ ತಲುಪಬಲ್ಲವೇ? ***ವಿಜಯ ಕರ್ನಾಟಕ,*** ೩೧ ಜನವರಿ.

೦೫. ಶ್ರೀನಿವಾಸ್ ಎಸ್:೨೦೦೨; 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆ; ಭವಿಷ್ಯ ಸವಾಲುಗಳು', ಯೋಜನಾ ಸಮಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು

೦೬. ನೀರಜಾ ಪ್ರಿಯ:೧೯೯೯; 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು', ***ದಿಕ್ಸೂಚಿ,*** ನವೆಂಬರ್

೦೭. ಸಿದ್ಧಗಂಗಮ್ಮ:೨೦೦೪; **'ಗ್ರಾಮೀಣ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ'**, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೦೮. ರಾಮಕೃಷ್ಣ ಜಿ (ಪ್ರ.ಸಂ):೧೯೯೭; ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಸಿ.ಆರ್, ರಾಜಣ್ಣ ಎಂ.ಎಸ್, **'ಜನಾರೋಗ್ಯ'**, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೯. ಸರೋಜ .ಕೆ:೨೦೦೧; **'ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ'**, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

೧೦. ಪುರುಷೋತ್ತಮ ಬಿಳಿಮಲೆ; ೧೯೯೭; **ಕೂಡು ಕಟ್ಟು**, ಆನಂದಕಂದ ಗ್ರಂಥಮಾಲೆ ಮಲ್ಲಾಡಿಹಳ್ಳಿ

■■■

ಅಧ್ಯಾಯ : ನಾಲ್ಕು

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನ

೪.೧ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು

೪.೧.೧ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ

೪.೧.೨ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ

೪.೧.೩ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ

೪.೧.೪ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್

೪.೨ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು

೪.೨.೧ ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ

೪.೨.೨ ವೈದ್ಯರ ಮೂಲಕ

೪.೨.೩ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮೂಲಕ

೪.೨.೪ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೂಲಕ

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನ

ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಪ್ರದೇಶದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅಳೆಯಬೇಕಾದರೆ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ನೀಡಿರುವ ಕಾಳಜಿ ಯಾವ ಬಗೆಯದು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡರೆ ಆ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಂತೆಯೇ. ಹಾಗಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಸಮಾಜವನ್ನು ಅರಿಯುವುದರ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಆ ಸಮಾಜವು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದೆ. ಮತ್ತು ಆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ಏನಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದು ಹೆಚ್ಚು ಸೂಕ್ತವಾಗಿದೆ.

ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಸಮಾಜವು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಮಹತ್ವ ನೀಡಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯುವುದಲ್ಲದೆ, ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾವುವು? ಅವುಗಳನ್ನು ಯಾವಾಗ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು? ಯಾವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು? ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಸರಕಾರ ಯಾವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದೆ? ಅಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೇಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಲುಪಿಸುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿವೆಯೆ? ಎಂಬುದನ್ನು ಸಹ ಇಲ್ಲಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿದೆ ಜೊತೆಗೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗದ ಯೋಜನೆಗಳಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳಿಗಿರುವ ಮಿತಿ ಅಥವಾ ಲೋಪದೋಷಗಳೇನು? ಎಂಬುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

೪.೧ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು

ಸ್ತ್ರೀ ಮತ್ತು ಪುರುಷರಿಬ್ಬರಿಗೂ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪಿತವಾಗಿವೆ ಆದರೆ ನನ್ನ ಅಧ್ಯಯನವು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರವೇ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದರಿಂದಾಗಿ ಇಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ

ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅನ್ವಯಿಸುವಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಾದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತ ಯೋಜನೆ ಇತ್ಯಾದಿ. ಇವುಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರವೇ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

೪.೧.೧ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ

ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅಧಿಕೃತ ಸರಕಾರದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದ ಪ್ರಥಮ ರಾಷ್ಟ್ರವೆಂಬ ಕೀರ್ತಿ ಭಾರತಕ್ಕೆ ಸಂದಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಪ್ರಮುಖ ಗುರಿ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ೧೯೭೭ರಲ್ಲಿ 'ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ'ವೆಂದು ಪರಿವರ್ತಿಸಲಾಯಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಎಲ್ಲ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪರ ಇಲಾಖೆಗಳೊಂದಿಗೆ, ಅದರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯೊಂದಿಗೆ ಭಾರತೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಂಘವು ಸಹಕರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಪೂರಕವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿಯಿಂದ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವ ಇತರ ಸ್ವಯಂ-ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಒಕ್ಕೂಟವನ್ನು ರಚಿಸಿ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಶ್ರಮಿಸಲು ಸದರಿ ಸಂಸ್ಥೆ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಿಂದಲೂ ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತಿದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ-ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಭೆ-ಸಮ್ಮೇಳನಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿ ಯೋಗ್ಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುವ ಮಾತೃ ಸಂಸ್ಥೆಯಾಗಿ ಭಾರತೀಯ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಸಂಘ ತನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಗಳು

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಅಧಿಕೃತ ನೀತಿಯನ್ನಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಿ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಅಂಗವನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿದೆ. ದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಗಾಧವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆ, ಕೃಷಿ ನೆಲದ ಮೇಲಣ ಅತಿಯಾದ ಒತ್ತಡ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಬಂಡವಾಳದ ಅಭಾವ, ಅವಲಂಬಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಹೆಚ್ಚಳ, ಅನಕ್ಷರತೆ, ಆಹಾರಾಭಾವ, ಪಟ್ಟಣಗಳ ಗಾತ್ರದ ಅತಿಯಾದ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಅಶಾಂತಿ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಪರಿಹಾರಕ್ಕೆ ಕುಟುಂಬದ ಗಾತ್ರಕ್ಕೆ ಮಿತಿ ಕಲ್ಪಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲು ಮೂರು ಮುಖ್ಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿತು.

೦೧. ಮಿತಕುಟುಂಬದ ಅನುಕೂಲಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು

೦೨. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ನಾನಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದು.

೦೩. ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಾದ ಸಾಧನಗಳು ಜನರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು.

ಈ ಮೇಲಿನ ಮೂರು ಅಂಶಗಳ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಪಡುತ್ತಿವೆ. ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ, ಮಕ್ಕಳ ನಡುವಣ ಅಂತರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಯಾವ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಬೇಕೆಂಬ ಅರಿವನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮೂಡಿಸುತ್ತದೆ. ದೈಹಿಕ ಸಂಗತಿಗಳು, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳು, ಗರ್ಭವನ್ನು ತಡೆಯುವ ಇನ್ನಿತರ ಸಾಧನಗಳ ಬಳಕೆಯ ಅರಿವು ಮೊದಲಾದವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಗರ್ಭ ತಳೆಯುವುದನ್ನು ಅಥವಾ ಮುಂದೂಡುವ ಇಲ್ಲವೆ, ಅದನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದನ್ನು ಗರ್ಭನಿರೋಧ ಎನ್ನುವರು. ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವು ವಿಧಾನಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಎರಡು ನೆಲೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

೦೧. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳು

೦೨. ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳು.

ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳು:- ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳು, ಡಯಾಫ್ರಮ್ ಮತ್ತು ಜೆಲ್ಲಿ, ನೊರೆಗುಳಿಗೆಗಳು, ವಂಕಿ (ಕಾಪರ್-ಟಿ), ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ನಿರೋಧ್‌ಗಳು, ಸುರಕ್ಷಿತ ಕಾಲ (ರಿದಮ್ ಮೆಥಡ್) ಇವು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಗರ್ಭ ನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳಾಗಿವೆ.

ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು:- ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯನ್ನು ತಡೆಯಲು ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆಗಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ಪಾಲಿಸಲು ಬಳಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ನುಂಗುವ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಸಹ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಗುಳಿಗೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವಾಗ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು? ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದನ್ನು ಮರೆತರೆ ಏನು ಮಾಡಬೇಕು ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದರಿಂದ ಏನಾದರೂ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಿವೆಯೆ? ಮತ್ತು ಈ ಗುಳಿಗೆಗಳು ಎಲ್ಲಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದು ಕೂಡ ಈ ಯೋಜನೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುತ್ತದೆ ಈ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಮೊದಲ ಸಲ ಸೇವಿಸಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಾಗ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಅವಶ್ಯಕವೆಂದು, ಈ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಮೊದಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವಾಗ ಮುಟ್ಟಿನ ೫ನೇ ದಿನದಿಂದ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಒಂದು ಗುಳಿಗೆಯನ್ನು ನಿಯಮಿತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನುಂಗಬೇಕೆಂದು ಒಂದು ಪ್ಯಾಕೇಟಿನ (೨೮) ಗುಳಿಗೆಗಳು ಮುಗಿದು ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ಯಾಕೇಟಿನ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಒಂದರಂತೆ ತಪ್ಪದೇ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅಕಸ್ಮಾತ್ ಒಂದು ದಿನ ಈ ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದನ್ನು ಮರೆತರೆ ಮರುದಿನ ನೆನಪಿಗೆ ಬಂದ ತಕ್ಷಣ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಎಂದಿನಂತೆ ರಾತ್ರಿ ಮಲಗುವಾಗ ಮತ್ತೊಂದು ಗುಳಿಗೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು, ಹಾಗೊಂದು ವೇಳೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ೨-೩ ದಿನಗಳು ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದನ್ನು ಮರೆತರೆ ಈ ಗುಳಿಗೆಯನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಮುಂದಿನ ಮುಟ್ಟು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವತನಕ ದಂಪತಿಗಳು ನಿರೋಧ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಆ ಮೇಲೆ ಮುಟ್ಟಾದ ೫ನೇ ದಿನದಂದು ಪುನಃ ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಒಂದರಂತೆ ತಪ್ಪದೆ ಹೊಸ ಪ್ಯಾಕೇಟಿನ ಗುಳಿಗೆಯನ್ನು ನುಂಗಲು

ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕೆಂದು ಹೀಗೆ ಈ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಯ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದರಿಂದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿ ಬೊಜ್ಜು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಯೋಮಾನ ದಾಟಿದ ಮೇಲೆ ತೂಕ ಹೆಚ್ಚುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂಗತಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಗು ಬೇಕೆಂದಾಗ ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ, ಗುಳಿಗೆ ನುಂಗುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ದಿನದಿಂದ ಮುಂದಿನ ಮೂರು ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಗಂಡಸರು ನಿರೋಧ್ ಬಳಸಬೇಕು. ಇದಾದ ಮೇಲೆ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದರೆ ಒಳ್ಳೆಯದು ಎನ್ನುವುದರ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಮತ್ತು ಗರ್ಭನಿರೋಧದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಲ್ಲಿ ಉಚಿತವಾಗಿ ಸಿಗುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಔಷಧಿ ಅಂಗಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಲಾ-ಡಿ ಎಂಬ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಬೆಲೆಗೆ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

‘ಡಯಾಫ್ರಮ್’ ಮತ್ತು ‘ಜೆಲ್ಲಿ’ಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ

ಡಯಾಫ್ರಮ್ ಎಂದರೆ ರಬ್ಬರ್ ಚೀಲ. ಅದು ಸ್ತ್ರೀಯರು ಬಳಸುವಂಥ ಒಂದು ಸಾಧನ. ಸಂಭೋಗಕ್ಕೆ ಮುನ್ನ ಮಹಿಳೆ ಡಯಾಫ್ರಮ್‌ನ್ನು ಯೋನಿಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಒಂದು ವಿಧಾನ. ಜೆಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಮೀಸಲಾದ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ. ಪೇಸ್ಟ್‌ನಂತಿರುವ ಜೆಲ್ಲಿಯನ್ನು ಸಂಭೋಗಕ್ಕೆ ಮುನ್ನ ತಮ್ಮ ಯೋನಿಯಲ್ಲಿ ಲೇಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಡಯೋಫ್ರಮ್ ಮತ್ತು ಜೆಲ್ಲಿ ಇವೆರಡರ ಬಳಕೆಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಜಾಣ್ಮೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಇದರ ಅರಿವು ಸ್ವಲ್ಪವು ಕೂಡ ಇಲ್ಲದ ಕಾರಣ ಮತ್ತು ಮುಜುಗರ, ಸಂಕೋಚದಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವಲ್ಲಿ ಮುಂದಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಆದ್ದರಿಂದ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನವು ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಇದನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ.

ನೊರೆಗುಳಿಗೆಗಳು (ಫೋಮ್ ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್ಸ್)

ಇದು ವೀರ್ಯಾಣು ನಾಶಕ. ಯೋನಿಯೊಳಗಿನ ಸ್ರಾವದಲ್ಲಿ ಕರಗಿ, ನೊರೆಯಾಗಿ ಯೋನಿಯ ಒಳಬಾಗಕ್ಕೆ ಒಂದು ರಾಸಾಯನಿಕ ರಕ್ಷಾಲೇಪವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಕೂಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಇರುವ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ನೊರೆ ಗುಳಿಗೆಗಳು ಬಳಸುವ ದಂಪತಿಗಳು ಅತಿ ಕಡಿಮೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕಾಪರ್-ಟಿ, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳು, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸಾಧನಗಳಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗಿರಿಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳು (ವಂಕಿ)

ಮಹಿಳೆಯರು ಅನುಸರಿಬಹುದಾದ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹಾಗೂ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸಂತಾನ ನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ವಂಕಿ ಅಥವಾ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಯು ಒಂದು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ ವರದಾನದಂತೆ ಬಂದೊದಗಿದ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕವಾದ ‘ವಂಕಿ’ಯು ೧೯೨೯ರಲ್ಲಿ ‘ಗ್ರಾಫೆನ್‌ಬರ್ಗ್’ ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗಿರಿಸಿದ ತೆಳು ಬೆಳ್ಳಿ ತಂತಿಯ ಉಂಗುರ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಮಾಡಬಲ್ಲದೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸಿದ.’’ ಅನಂತರ ಅಮೇರಿಕಾ, ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್,

ಇಂಡೋನೇಶಿಯಾ ಮತ್ತು ಜಪಾನ್‌ಗಳಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯರು ವಂಕಿಯಂತಹ ಈ ಸಾಧನವನ್ನು ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗಿರಿಸಿದಾಗ ಅದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಗರ್ಭನಿರೋಧವನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಲ್ಲದು ಎಂಬುದನ್ನು ತಮ್ಮ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸಿದರು. ೧೯೬೦ ನಂತರ ವೈದ್ಯರು ವಂಕಿ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತುಂಬಾ ಆಸಕ್ತರಾಗಿ ಅದರ ವ್ಯಾಪಕ ಬಳಕೆಗೆ ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಿದರು. ೧೯೬೫ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಇದು ಭಾರತದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಿತ್ತು. ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಈ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮತ್ತು ಉಪಯುಕ್ತ ಸಾಧನವನ್ನು ಬಳಸುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿದೆ. ಇವುಗಳನ್ನು ಚೀನಾ, ಕೋರಿಯಾ, ಸ್ವೀಡನ್, ಫಿನ್‌ಲೆಂಡ್, ತೈವಾನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀಯರು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ೧೯೭೦ರ ಕೊನೆಯ ಹೊತ್ತಿಗೆ ವಂಕಿ ಅಳವಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು 'ಕಾಪರ್-ಟಿ' ಎನ್ನುವ ಹೊಸ ವಿಧಾನವನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿದರು. ಅನೇಕ ಪ್ರಯೋಗಗಳ ನಂತರ ತಾಮ್ರ ಲೋಹದಲ್ಲಿ ಅಫಲವತ್ತತೆಯ ಗುಣ ತೀವ್ರವಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂತು. ಇದರಿಂದ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಯು ಅಧಿಕೃತವಾಗಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದವು. ಕಾಪರ್‌ಟಿ ವಂಕಿಗಳಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ಆಕಾರದವು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕಾಪರ್-ಟಿ ೨೦೦$mm^{೨}$ ವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಬಳಸಲು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿದೆ. ಹಲವು ತರಹದ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ಕಾಪರ್-ಟಿಯನ್ನು ಎರಡು ಹೆರಿಗೆಗಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ಪಾಲಿಸಲು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾಪರ್-ಟಿಯನ್ನು ಯಾವಾಗ? ಯಾರಿಂದ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ; ಮಹಿಳೆಯರ ಮಾಸಿಕ ಮುಟ್ಟುನಿಂತ ದಿವಸ ಅಥವಾ ಅದಾದ ಒಂದೆರೆಡು ದಿನದ ಒಳಗೆ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಅಥವಾ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದಿರುವ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಕಾಪರ್-ಟಿಯನ್ನು ಐದು ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸುವರು. ಇದನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಗತ್ಯವೇನಿಲ್ಲ, ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡ ದಿನವೇ ಮನೆಗೆ ಹೋಗಬಹುದು. ಮೂರು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರವೂ ಮಕ್ಕಳು ಬೇಡವೆನಿಸಿದರೆ ಹಳೆಯ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಯನ್ನು ತೆಗೆಸಿ ಹೊಸ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಹಾಕಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ಇದನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದಾಗ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಗರ್ಭಾಶಯದಲ್ಲಿ ಕಾಪರ್-ಟಿಯನ್ನು ಇದ್ದು ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಆಗಬಹುದು. ಆಗ ಗಾಬರಿ ಪಡಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ತಾಯಿಗಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಮಗುವಿಗಾಗಲಿ ಅಪಾಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಅಳವಡಿಸಿದ ನಂತರ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸೊಂಟನೋವು, ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಇತ್ಯಾದಿ ಸಣ್ಣ-ಪುಟ್ಟ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಬೇಟಿಯಾಗಿ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಬೇಕು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಗುಣವಾಗದಿದ್ದರೆ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಯನ್ನು ತೆಗೆಸಬಹುದು ಎನ್ನುವ ಈ ವಿಚಾರಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ಜನತೆಗೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವಂತೆ ಅವರನ್ನು

ಪ್ರೇರೇಪಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನವು ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಮಹಿಳೆಯರು ಇದರ ಸೌಲಭ್ಯಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಸುರಕ್ಷಿತ ಕಾಲ (ರಿದಮ್ ಮೆಥಡ್)

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಇದು ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ವಿಧಾನ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸಂಭೋಗ ಮಾಡುವುದು ಒಂದು ನೈಸರ್ಗಿಕ ಜನನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ವಿಧಾನ ಇದನ್ನು ಪಾಲಿಸಲು ದಂಪತಿಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಯಮವಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಹೆಂಡತಿ ಮುಟ್ಟಾದ ಏಳು ದಿನ ಮತ್ತು ಮತ್ತೆ ಮುಟ್ಟಾಗುವದಕ್ಕೆ ಏಳು ದಿನ ಮುನ್ನ ಸುರಕ್ಷಿತ ಕಾಲವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ಸಾಧನದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲದೆ ಗಂಡ ಹೆಂಡತಿ ದಾಂಪತ್ಯದ ಸುಖವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದೆಂದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮುಂದಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಪುರುಷರು ಪಾಲಿಸುವಲ್ಲಿ ತಾಳ್ಮೆ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಅಂಶ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು ಕೆಲವು ವಿದ್ಯಾವಂತ ದಂಪತಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಕಿಯರಲ್ಲಿದೆ.

ಪುರುಷರ ನಿರೋಧ್

ನವ ವಿವಾಹಿತರು ಮೊದಲನೆಯ ಮಗುವನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಪಡೆಯಲು ಅಪೇಕ್ಷಿಸಿದರೆ ಹಾಗೂ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಸೂಕ್ತ ಅಂತರ ಕಾಪಾಡಲು ಪುರುಷರು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನವಾಗಿ ನಿರೋಧ್ ಬಳಸಬಹುದಾಗಿವೆ. ಇದರಿಂದ ಪದೇ ಪದೇ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯಿಂದ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಡುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಇದೊಂದು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಲೈಂಗಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪುರುಷನು ಈ ಸಾಧನವನ್ನು ತನ್ನ ಜನನಾಂಗಕ್ಕೆ ಧರಿಸುವುದರಿಂದ ಇದು ಕವಚದಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದು. ಹಾಗಾಗಿ ಪುರುಷನ ವೀರ್ಯಾಣು ಮತ್ತು ಅಂಡಾಣುವಿನ ನಡುವೆ ಸಂಪರ್ಕ ತಪ್ಪುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದರಿಂದ ಲೈಂಗಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಯಾವ ತೊಂದರೆಯೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಬಗೆಗೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಸಲವೂ ಹೊಸ ನಿರೋಧ್ ವನ್ನು ಬಳಸಬೇಕೆಂದು, ನಿರೋಧ್‌ನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಬೇಕಿಲ್ಲ. ಅದನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಯಾವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಬಗೆಗೆ, ನಿರೋದ್ ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಏಡ್ಸ್‌ನಂತಹ ಮಾರಕ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೆನ್ನುವ ಬಗ್ಗೆ ಜನತೆಗೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಲ್ಲಿ, ಅಂಗನವಾಡಿಗಳಲ್ಲಿ ನಿರೋಧ್‌ಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಈ ಸೇವೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿದೆ.

ಮಹಿಳೆಯರ ನಿರೋಧ್ (ಕಾಂಡೋಮ್)

ಮಹಿಳೆಯರ ನಿರೋಧ್ ಕಾಂಡೋಮ್‌ನ್ನು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಪುರುಷರ **ಶಿಶ್ನಚೀಲದಂತೆಯೇ** ಸುಲಭವಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀಯ ಯೋನಿಯ ಹಜಾರದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿ ಬಳಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು

೧. ಮಹಿಳೆಯೇ ಸ್ವಂತವಾಗಿ ತನಗೆ ಬೇಕೆನಿಸಿದಾಗ ಈ ನಿರೋಧ್ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು.

೨. ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತಡೆಯುವ ಶಕ್ತಿಯಿರುವುದರಿಂದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತರಾಗಿರಲು ಇದನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು.

೩. ಯಾವ ಮಹಿಳೆಯಾದರೂ, ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆ ಇದ್ದರೂ ಇದನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು.

ಆದರೆ ಇದು ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾ, ಥೈಲ್ಯಾಂಡ್, ಅಮೇರಿಕಾ ಹಾಗೂ ಹಲವು ಯುರೋಪಿನ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವುದು. ಉದಾ: ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ಮುಂಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ Femele Condom ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಭಾರತದ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆಗೂ ಈ ನಿರೋಧ್‌ದ ಸರಬರಾಜು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಇದಕ್ಕೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದು ಮಹಿಳೆಯರ ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಪುರುಷರ ನಿರೋಧ್‌ವನ್ನು ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡಿದಂತೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಿದಂತೆ ಮಹಿಳಾ ಕಾಂಡೋಮ್‌ನ ಪ್ರಚಾರ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ ಮಾಡದೆ ಆ ಬಗ್ಗೆ ಸರ್ಕಾರ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ತೋರಿದೆ.

ಸಂತಾನಹರಣದ ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ

ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆದ ನಂತರ ಇನ್ನು ಮಕ್ಕಳು ಬೇಡವೆಂದು ದಂಪತಿಗಳು ನಿರ್ಧರಿಸಿದಾಗ ಸಂತಾನಹರಣದ ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬಹುದು ಹಾಗೆ ಅನುಸರಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಾದರೆ ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನವನ್ನು, ಪುರುಷರಾದರೆ ವ್ಯಾಸಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನಸರಿಸುವರು.

ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ

ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಸರಕಾರಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತುಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಎ.ಎನ್.ಎಮ್‌ಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವರು. ಮಹಿಳೆಯರು ಬಾಣಂತಿ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟಾದ ಒಂದು ವಾರದೊಳಗೆ 'ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ' ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದುದೆಂದು; ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಮಹಿಳೆ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲದೆ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬಹುದೆಂದು ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮುಂದಾದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಸೇವೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತವಾಗಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ

ಇದು ಪುರುಷರಿಗೆ ನಡೆಸುವ ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ್‌ದ ಒಂದು ಸಣ್ಣ ಮತ್ತು ಶಾಶ್ವತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ''ವೀರ್ಯನಾಳವನ್ನು ಅರ್ಧಅಂಗುಲಕ್ಕೆ ಕಡಿಮೆ ಇರುವಂತೆ ಕತ್ತರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಬೀಜ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾದ ವೀರ್ಯಾಣು ವೀರ್ಯಕೋಶವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಲೈಂಗಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೀರ್ಯಾಣು ಮಹಿಳೆಯರ ಗರ್ಭಾಶಯವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುವ ಸಂಭವವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಪುರುಷರ ವೀರ್ಯದಲ್ಲಿ ವೀರ್ಯಾಣು ಇಲ್ಲದೇ ಇದ್ದರೂ ಲೈಂಗಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಕಂಡು ಬರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಕುರಿತು ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ. ೫-೬ ದಿನ ಕಳೆದ ಮೇಲೆ ಹೊಲಿಗೆ ಕತ್ತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಒಳ್ಳೆಯದೆಂದು, ಅಗತ್ಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೀರ್ಯನಾಳಗಳನ್ನು ಮರುಜೋಡಿಸಿ ಮತ್ತೆ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯ.'' ಎನ್ನುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವ ಪ್ರಮೇಯವೇ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಹೊಸ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ 'ನೊ ಸ್ಕಾಲ್ ಪೆಲ್ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ' ವಿಧಾನ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ಡಿ.ಎಂ.ವಿ.ಎ. ನೆಟ್‌ವಿನ್, ಡಿಪೋಪ್ರೊವೇರಾ, ನಾರ್‌ಪ್ಲಾಂಟ್, ಕ್ವಿನಾಕ್ರೈನ್ ಎಂಬ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳ ಸೌಲಭ್ಯವೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಜನರ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಇಷ್ಟೆಲ್ಲಾ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿವೆ.

ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆ

೧೯೭೫ ಅಕ್ಟೋಬರ್ ೨ರಂದು ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ಯುನಿಸೆಫ್ ನೆರವಿನೊಂದಿಗೆ ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್. ವರ್ಗದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ, ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಗೊಂಡಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ

* ೦-೬ ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಪೋಷಕಾಂಶ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವುದು.
* ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ರೋಗಗಳ ಹಾವಳಿಯನ್ನು, ನ್ಯೂನ್ಯಪೋಷಣೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಶಾಲೆ ಬಿಡುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು. ಆ ಮೂಲಕ ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ದಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುವುದು
* ಮಕ್ಕಳ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು
* ಈ ಆಶಯಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ವಿವಿಧ ಇಲಾಖೆಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವಾರು ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದು.

ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಈ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿದ್ದು; ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಇಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಐದು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಒಬ್ಬರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು (ANM), ಆರು ಜನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಗೆ ಒಬ್ಬರು ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು (LHV) ಇರುತ್ತಾರೆ. ಇವರೆಲ್ಲರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಿಂದ ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ.

ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ವಯ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಪೈಕಿ ೧೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಮತ್ತು ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೭೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅಗತ್ಯ ಹಾಗೂ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಗಳಿದ್ದರೆ ೩೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೂ ಒಂದು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರ ಚಾಲ್ತಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೨೪, ೯೬೮ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಿವೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ೪೭೬೪ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಈ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ(CDPO)ನೇತೃತ್ವದಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ. ಈ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧೀನದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ಮುಖ್ಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕಿ ಇದ್ದು, ಈ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕಿಯು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಈ ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದ್ದು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ, ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಜನರ ಮನೆ ಬಾಗಿಲಿಗೆ ಹೋಗಿ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ತಲುಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಇಂದಿಗೂ ಸಹ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮರಣವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿರುವುದನ್ನು, ಹುಟ್ಟಿದ ಒಂದು ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಸಾವಿಗೀಡಾಗುತ್ತಿರುವ ಶಿಶುಮರಣವನ್ನು, ಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ.

ಶಿಶು ಉಳಿವು ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನ (ಸಿ.ಎಸ್.ಎಸ್.ಎಂ) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ:

ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು (ಯು.ಪಿ.ಐ) ೧೯೮೫ ರಿಂದ ೧೯೯೧ರ ವರೆಗೆ ಇಡೀ ರಾಷ್ಟ್ರಾದ್ಯಂತ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲೆ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದೆ. ಆದರೂ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಒಂದರಿಂದಲೇ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆ ಮಾಡಲು ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯವೆಂಬುದನ್ನು ಅರಿತು, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಲಸಿಕೆ ನೀಡಿಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಜೊತೆಗೆ ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಕಾಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜೊತೆಗೂಡಿಸಿ ಒಟ್ಟಾರೆ ಒಂದು ಸಮಗ್ರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ನೆರವಿನಿಂದ

೧೯೯೨ರ ಏಪ್ರಿಲ್ ತಿಂಗಳಿನಿಂದ ೧೯೯೬ ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್‌ನ ವರೆಗೆ 'ಶಿಶು ಉಳಿವು ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನ' ಎಂಬ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಎಲ್ಲ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನವಾಗಿತ್ತು.

ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಉದ್ದೇಶಗಳು

* ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸವುದು.
* ೦ ರಿಂದ ೧ ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಶಿಶುಗಳ ಮರಣದರ, ೧ ರಿಂದ ೪ ವರ್ಷದ ಮಕ್ಕಳ ಮರಣದರ ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣದರ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು.

ಈ ಮೇಲಿನ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಆಗ ತಾನೇ ಜನಿಸಿದ ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವುದು, ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ, ಪೋಲಿಯೋ ಮತ್ತು ದಡಾರ ಇತ್ಯಾದಿ ಈ ರೀತಿಯ ಲಸಿಕೆ ನೀಡುವುದು, ಅತಿಸಾರ ಬೇದಿಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು, ತೀವ್ರ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳ ಸೋಂಕು ನಿವಾರಣೆಗೆ ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಎ ಅನ್ನಾಂಗದ ರಕ್ಷಣೆ ಮಾಡುವುದು ಈ ರೀತಿಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಇನ್ನು ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಹೆರಿಗೆ ಮುನ್ನ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ತಾಯ್ತನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು, ಧನುರ್ವಾಯುವಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ನೀಡುವುದು, ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದು, ರಕ್ತಹೀನತೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದು, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಹೆರಿಗೆ ಆಗುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು, ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 'ಅತಿ ತುರ್ತು' ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು, ಸಂತಾನದಲ್ಲಿ ಅಂತರವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಂತೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವುದು. ಹೀಗೆ ಈ ರೀತಿಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಶಿಶು ಉಳಿವು ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಬಿಡಿ ಬಿಡಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕ್ರಮೇಣ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರವಾದ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು.

೪.೧.೨ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ

ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದದ್ದು. ಆ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಕಾಲ ಕಾಲಕ್ಕೆ ಹೊಸ ಹೊಸ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಹಿಂದೆ ೧೯೮೫ರಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಸಿದ 'ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ೧೯೯೨ರಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಸಿದ ಶಿಶು ಉಳಿವು ಮತ್ತು ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನ' ದಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಎಲ್ಲ ಸೇವೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಜನನಾಂಗ ಮಾರ್ಗದ ಸೋಂಕು ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದ ಸೋಂಕು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಸಮಗ್ರ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮಾಡುವುದೇ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ. ಸಮುದಾಯ ಅಗತ್ಯಗಳ ನಿಗದಿ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ, ಪುರುಷರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದೊಂದಿಗೆ, ಉನ್ನತ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಸೇವೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸಮಗ್ರ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯೇ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ.

೧೯೯೪ರಲ್ಲಿ ಕೈರೋದಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಬಗ್ಗೆ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಿದ ಮೇರೆಗೆ ಜನತೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಬೇಕಾದರೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಜೊತೆಗೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿಯೂ ಸಹ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅತ್ಯಗತ್ಯ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲಾಯಿತು. ಹೀಗೆ ಈ ಸಮ್ಮೇಳನದಲ್ಲಿ ''ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಂದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ಭೌತಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಕ್ಷೇಮವಾಗಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ಇದು ಕೇವಲ ಕಾಯಿಲೆ ಇಲ್ಲದೆ ಅಥವಾ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಊನಗಳಿಲ್ಲದೆ ಇರುವುದು ಎಂದಲ್ಲ. ಅದರಲ್ಲೂ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳಲ್ಲಿನ ಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ಹಾಗೂ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ'' ಎಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾಯಿತು. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ೧೯೯೬-೯೭ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿರುವ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ (RCH) ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಧ್ಯೇಯೋದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರವು ಕೂಡ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸತತ ಪ್ರಯತ್ನಪಡುತ್ತಲಿದೆ.

ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಉದ್ದೇಶ ಅಥವಾ ಸೇವೆಗಳು:

ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಮೂರು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಅವುಗಳೆಂದರೆ.

೧. ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನ

೨. ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ

೩. ಫಲವತ್ತತೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣ

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಈ ಸೇವೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕೆಳಗೆ ಒಂದೊಂದಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

೧. ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನ

ನಮ್ಮದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಒಂದು ಲಕ್ಷಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಮಂದಿ ಹೆಂಗಸರು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಜನನಾಂಗ ಮಾರ್ಗದ ಸೋಂಕು, ಗರ್ಭಕೋಶದ ತೊಂದರೆಗಳಿಂದಲೂ ನರಳುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೂ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನಕ್ಕೆ ಒದಗಿಸುವ ಸೇವೆಯನ್ನು ಮೂರು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಬಹುದು.

ಅ. ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ನೀಡುವ ಸೇವೆಗಳು

ಆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳು

ಇ. ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳು

ಎಂದು ಈ ಮೇಲಿನ ಮೂರು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಅ. ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲು ನೀಡುವ ಸೇವೆಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮನೆ ಮನೆಗೆ ಬೇಟಿ ನೀಡಿದಾಗ ಗರ್ಭಿಣಿಯರೆಂದು ಗೊತ್ತಾದ ಕೂಡಲೇ ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ನೊಂದಣಿ ಮಾಡುವರು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿ ದಾಖಲಾತಿ ಚೀಟಿ ಕೊಡುವರು. ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ, ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ, ತೂಕದ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಟಿ.ಟಿ.ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಹಾಕಿಸುವುದು. ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ೧೦೦ ದಿನಗಳ ವರೆಗೆ ಸೇವಿಸಲು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವರು, ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಬೇಟಿ ನೀಡಿದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಗಂಡಾಂತರದ ಹೆರಿಗೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆ ನೀಡುವರು. ತಪಾಸಣೆ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ತಾಯ್ತನದಲ್ಲಿ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಕಂಡು ಬಂದರೆ ಕೂಡಲೇ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸುವಿಕೆಯ ಕೆಲಸವನ್ನು ಕೂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವ ಹಿರಿಯ ಅನುಭವಸ್ಥೆ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರಿಗೆ ಮುಂಚಿತವಾಗಿಯೇ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ಚೀಲಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಚೊಚ್ಚಲ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸುವುದು ಸುರಕ್ಷಿತವೆಂದು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವರು.

ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು

ಬಾಲ್ಯಾವಸ್ಥೆಯಿಂದ ತಾರುಣ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾಲಿಡುತ್ತಿರುವ ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲಕಿಯರ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಮುಂದೆ ಮದುವೆಯಾಗಿ ತಾಯಿಯರಾಗುವ ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲೆಯರಿಗೆ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಅರಿವು ನೀಡಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಮುಂದೆ ತಾಯಿಯಾಗಲಿರುವ ಹದಿಹರೆಯದವರಿಗೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಶಿಬಿರಗಳ ಮೂಲಕ ಹದಿಹರೆಯದವರಲ್ಲಾಗುವ ಶಾರೀರಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯ ಕುರಿತು ತಿಳಿಸಿ ಹೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಋತುಸ್ರಾವ (ಮುಟ್ಟು) ಕುರಿತು ಮತ್ತು ಮುಟ್ಟಾದಾಗ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಂತೆ, ನಿರ್ಮಲವಾದ ಸ್ಯಾನಿಟರಿ ಪ್ಯಾಡ್ ಅಥವಾ ಶುದ್ಧವಾದ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಂತೆ, ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಸಾಬೂನಿನಿಂದ ಬಿಸಿನೀರಿನಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ತೊಳೆದು ಬಿಸಿಲಿನಲ್ಲಿ ಒಣಗಿಸುವಂತೆ, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಈ ಸ್ಯಾನಿಟರಿ ಪ್ಯಾಡ್ ಅಥವಾ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಬದಲಿಸುವಂತೆ, ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ, ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಇರುವ ಸೊಪ್ಪು ತರಕಾರಿಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಂತೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ ಮುಟ್ಟಾದಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ನೋವು (ಋತುಯಾತನೆ) ಮತ್ತು ಪರಿಹಾರಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಹಾಗೂ ಜನನಾಂಗ ಮಾರ್ಗದ ಸೋಂಕುಗಳು ಹರಡುವ ಬಗೆ, ಅವುಗಳ ಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕತೆ ವಿಧಾನ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಮಹತ್ವಗಳ ಬಗೆಗೂ ಈ ಹದಿಹರೆಯದ ಬಾಲಕಿಯರಿಗೆ ಅರಿವು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಗಳು ಬರುವ ಮೊದಲೇ ಅವುಗಳನ್ನು ಬಾರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದೇ ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನವೆನ್ನುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುತ್ತಲಿದೆ.

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ರಕ್ತಹೀನತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಸೇವೆಗಳು:

ರಕ್ತ ಮನುಷ್ಯರ ಜೀವಕ್ಕೆ ಮೂಲ ಆಧಾರ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಅದನ್ನು ರಕ್ತಹೀನತೆ ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಹುಪಾಲು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ.

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಈ ರಕ್ತಹೀನತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಉಚಿತವಾಗಿ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಮತ್ತು ಪೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ದೊರೆಯುವ ಸೊಪ್ಪು, ತರಕಾರಿಗಳು, ಈರುಳ್ಳಿ, ರಾಗಿ, ಮೊಳಕೆ ಕಟ್ಟಿದ ಕಾಳುಗಳು, ಕಡಲೆಬೀಜ, ಬೆಲ್ಲ, ಮೀನು, ಮೊಟ್ಟೆ ಮುಂತಾದ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇವಿಸುವಂತೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೊಕ್ಕೆ ಹುಳುವಿನ ಬಾದೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವರು ಮತ್ತು ಕೊಕ್ಕೆ ಹುಳು ನಿವಾರಣೆಗೆ ಯಾವಾಗಲೂ ಪಾದರಕ್ಷೆ ಧರಿಸುವಂತೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಪದೇ ಪದೇ ಗರ್ಭಧರಿಸುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವಂತೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಲಾಗುವುದು.

ಆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದ ಸೇವೆಗಳು

ಸಾಕಷ್ಟು ಗಾಳಿ ಬೆಳಕಿರುವ ತಾಯಿ ಮಗುವಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಸ್ನಾನದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುವ ಶುಚಿಯಾಗಿರುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿರುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಅರಿವು ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಲಾಗುವುದು.

ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವಾಗ ದಾದಿಯರು ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆಯ ಪಂಚಸೂತ್ರಗಳನ್ನು ಅಂದರೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಚ್ಛವಾದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವಂತೆ, ಕೈಗಳನ್ನು ಶುದ್ಧವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ, ಮಗುವಿನ ಹೊಕ್ಕಳು ಬಳ್ಳಿ ಕತ್ತರಿಸಲು ಹೊಸ ಬ್ಲೇಡನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಂತೆ, ಶುದ್ಧದಾರವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವಂತೆ, ಹೊಕ್ಕಳು ಬಳ್ಳಿಗೆ ಏನನ್ನು ಹಚ್ಚದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ನೀಡಿದ ಹೆರಿಗೆ ಚೀಲಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಶುದ್ಧವಾಗಿ ಸಂಸ್ಕರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ದಾದಿಯರಿಗೂ ಸಹ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಹೆರಿಗೆ ಬೇಗ ಆಗದೆ ಅಥವಾ ೧೨ ಗಂಟೆ ಮೀರಿ ಪೊರೆ ಹರಿಯುವಿಕೆ, ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಮುಂಚಿತವಾಗಿಯೇ ಕಂಡುಬಂದರೆ ಮೇಲ್ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಇ. ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಸೇವೆಗಳು

ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಾಯಿಯ ಮತ್ತು ಆಕೆಯ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಆರೈಕೆ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ಮೇಲೆ ತಾಯಿಯ ಎದೆಯಿಂದ ಬರುವ ಮೊದಲ ಹಳದಿ ಹಾಲು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಜೀವಿನಿ ಇದ್ದಂತೆ ಅದರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಇರುವುದರಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ತಪ್ಪದೇ ಕುಡಿಸುವಂತೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶವಿರುವ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡುವಂತೆ, ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಅಥವಾ ವಿಟಮಿನ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವಂತೆ ತಾಯಿ-ಮಗುವಿನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಶುಚಿತ್ವಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ಕೊಡುವಂತೆ

ತಾಯಿ-ಮಗುವನ್ನು ಗಾಳಿ ಬೆಳಕಿರುವ ಕಡೆಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ವಿಶ್ರಾಂತಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ, ಎದೆ ಹಾಲುಣಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ, ಅಂತರದ ಹೆರಿಗೆ ಇತ್ಯಾದಿ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಮಗುವಿನ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡುವ ಎಲ್ಲ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಎಲ್ಲ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿವೆ.

೨. ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ

ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಗತಾನೆ ಹುಟ್ಟಿದ ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಬೇಕೆಂದು, ಎದೆ ಹಾಲಿನ ಮಹತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ತಾಯಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿಗೆ ಬರುವ ಆರು ಮಾರಕ ರೋಗಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಲಸಿಕೆ ನೀಡುವುದು ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ತೂಕದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವರು. ಅತಿಸಾರ ಬೇದಿ, ನ್ಯುಮೋನಿಯಾ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಮಾಡುವುದು ಮತ್ತು ಉಪಚಾರ ಮಾಡುವುದು. ಓ.ಆರ್.ಎಸ್ ಪ್ಯಾಕೇಟುಗಳ ವಿತರಣೆ ಮಾಡುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಸೇವೆಗಳಾಗಿವೆ.

ಇದಲ್ಲದೆ ಯುವಕ ಯುವತಿಯರ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕುಂಡುಬರುವ ಸೋಂಕುಗಳ ಬಗೆಗೆ, ಲೈಂಗಿಕ ಅಂಗಾಗಳ ಸ್ವಚ್ಛತೆ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಬಗ್ಗೆ, ನಿರೋಧ್‌ಗಳ ಬಳಕೆ ಮತ್ತು ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವರು. ಅದೇ ರೀತಿ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಪ್ರೌಢಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವ ಬಾಲಕ, ಬಾಲಕಿಯರಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ, ಕುಟುಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿವೆ.

ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಹಾಕುವುದು

ಇಂದಿನ ನಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳೇ ಭವ್ಯ ಭಾರತದ ನಾಳಿನ ಪ್ರಜೆಗಳು ಅವರ ಭವಿಷ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ಹೆಚ್ಚು ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ. ಅವರ ಏಳಿಗೆಯನ್ನು ನಾವು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಮಗುವಿನ ಅಮೂಲ್ಯ ಜೀವನವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಮತ್ತು ಮಾರಕ ರೋಗಗಳಿಂದ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕಾಪಾಡುವ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರಕಾರವು ವಿಸ್ತೃತ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚಚ್ಚುಮದ್ದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ೧೯೭೬-೭೭ ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಗೊಳಿಸಿತು. ಒಂದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಶಿಶುಗಳನ್ನು ಬಾಲಕ್ಷಯ, ಪೋಲಿಯೋ, ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು ರೋಗದಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಲು ೧೯೮೫ ರಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆದ್ಯತೆಕೊಟ್ಟು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿತು. ೧೯೯೫-೯೬ ರಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ೦-೫ ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಎಲ್ಲ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪೋಲಿಯೋ ಹನಿ ಹಾಕಿ ರಾಷ್ಟವನ್ನು ಪೋಲಿಯೋ ಮುಕ್ತವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ದಿನಗಳೆಂದು ಕರೆಯಬಹುದಾದ ಪಲ್ಸ್‌ಪೋಲಿಯೋ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು.

ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ನೀಡುವುದು

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಹೆಸರು ನೊಂದಾಯಿಸಿಕೊಂಡ ತಕ್ಷಣ ತನ್ನ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎರಡು ಸಲ ಧನುರ್ವಾಯು ವಿರುದ್ಧದ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ನಾಲ್ಕು ವಾರಗಳ ಅಂತರವಿರುವಂತೆ

ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಳೆದ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ಟಿ.ಟಿ. ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಪಡೆದಿದ್ದರೆ ಮುಂದಿನ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಶಿಶುಗಳಿಕೆ ಲಸಿಕೆ ನೀಡುವುದು

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಜನಿಸುವ ಮಗುವಿಗೆ ಹುಟ್ಟಿದ ತಕ್ಷಣ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬಿಡುವುದಕ್ಕೆ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಲಸಿಕಾ ವೇಳಾ ಪಟ್ಟಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ.'O' ವರಸೆಯ ಪೋಲಿಯೋ ಹನಿ ನೀಡುವರು. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಜನಿಸದೇ ಇರುವ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಒಂದುವರೆ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ (೬ ವಾರಗಳು) ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ, ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ. ಮೊದಲನೇ ವರಸೆ ಹಾಗೂ ಪೋಲಿಯೋ ಹನಿ ಮೊದಲನೆ ವರಸೆ ನೀಡುವರು.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೧

ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು

೧. ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗಾಗಿ		
ಯಾವಾಗ	**ಯಾವ ಲಸಿಕೆ**	**ಯಾವ ರೋಗಕ್ಕೆ**
ಗರ್ಭಿಣಿಯೆಂದು ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟಕೂಡಲೇ	ಟಿ.ಟಿ-೧ ಅಥವಾ ಬಲವರ್ಧಕ ಟಿಟಿ -(ಅ)	ಧನುರ್ವಾಯ
ಟಿ.ಟಿ-೧ ಕೊಟ್ಟ ಒಂದು ತಿಂಗಳಾದ ಮೇಲೆ	ಟಿ.ಟಿ-೨	ಧನುರ್ವಾಯು
೨. ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ		
ಹುಟ್ಟಿದ ತಕ್ಷಣ	**ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ ಮತ್ತು ಪೋಲಿಯೊ(O ವರಸೆ) (ಅ)**	**ಬಾಲಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಪೋಲಿಯೊ**
೧½ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ (೬ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ)	ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ-೧ನೇ ವರಸೆ ಪೋಲಿಯೊ -೧ನೇ ವರಸೆ	ಬಾಲಕ್ಷಯ, ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿ ಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು ಪೋಲಿಯೊ
೨½ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ೧೦ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ	ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ-೨ನೇ ವರಸೆ ಪೋಲಿಯೊ -೧ನೇ ವರಸೆ	ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿ ಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು ಪೋಲಿಯೊ
೩½ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ (೧೪ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ)	ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ-೨ನೇ ವರಸೆ ಪೋಲಿಯೊ -೧ನೇ ವರಸೆ	ಗಂಟಲುಮಾರಿ, ನಾಯಿ ಕೆಮ್ಮು, ಧನುರ್ವಾಯು ಪೋಲಿಯೊ
ಒಂಭತ್ತು ತಿಂಗಳಾದ ಮೇಲೆ (೨೭೦ ದಿನಗಳಾದ ಮೇಲೆ)	ದಡಾರ 'ಎ' ಅನ್ನಾಂಗ ಪಾಕ ೧ನೇ ವರಸೆ (೧)	ದಡಾರ ರಾತ್ರಿಕುರುಡು, ತಡೆಗಟ್ಟಲು
೧೬-೨೪ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ	ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ-ಬಲವರ್ಧಕವರಸೆ ಪೋಲಿಯೊ ಬಲವರ್ಧಕ ವರಸೆ 'ಎ' ಅನ್ನಾಂಗ ಪಾಕ (೨ ಮತ್ತು ೩ನೇ ವರಸೆ)	ಗಂಟಲು ಮಾರಿ, ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು ಧನುರ್ವಾಯು ಪೋಲಿಯೊ ರಾತ್ರಿಕುರುಡು ತಡೆಗಟ್ಟಲು
೫ ವರ್ಷಗಳು	ಡಿ.ಪಿ. -ಬಲವರ್ಧಕ ವರಸೆ	ಗಂಟಲು ಮಾರಿ, ಧನುರ್ವಾಯು
೧೦ ವರ್ಷಗಳು	ಟಿ.ಟಿ. ಬಲವರ್ಧಕ ವರಸೆ	ಧನುರ್ವಾಯು
೧೬ ವರ್ಷಗಳು	ಟಿ.ಟಿ.	ಧನುರ್ವಾಯು

ಆಧಾರ : ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು.

[illegible]

೩. ಫಲವತ್ತತೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣ

ಬೇಡವಾದ ಫಲವತ್ತತೆಯನ್ನು ಕ್ಷೇಮವಾಗಿ ತಗೆಯುವುದು. ಆ ಮೂಲಕ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆಶ್ರಿತರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಉನ್ನತ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸುವುದು, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ರೋಗ ರುಜಿನಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾವುಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು. ಹಾಗೂ ಆಶ್ರಿತರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶಗಳಲ್ಲೊಂದು. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದನ್ನು; ಯೋಜಿತ ಮತ್ತು ಅಪೇಕ್ಷಿತ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ, ಮದುವೆಯ ವಯಸ್ಸು, ಲೈಂಗಿಕತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಇತ್ಯಾದಿ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವನ್ನು ನೀಡುವ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವ ಮತ್ತು ಅವಶ್ಯಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತದ ಸೇವೆ

ಹಲವಾರು ಮಹಿಳೆಯರು ಅಜ್ಞಾನದಿಂದಲೋ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯಿಂದಲೋ ಅಥವಾ ಸಂಕೋಚದಿಂದಲೋ ನಕಲಿ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಗರ್ಭಪಾತಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿ ತಮ್ಮ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಅಪಾಯ ತಂದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಸರಕಾರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಕಾನೂನನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತದ ಸೇವೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಬೇಡವಾದ ಗರ್ಭವನ್ನು ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಾನದಿಂದ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತವೆಂದು ಹೆಸರು. ಮಗುವಿಗೆ ಅಥವಾ ತಾಯಿಯ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವಿದೆ ಎನ್ನುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಲಿರುವ ಮಗು ಗಂಭೀರ ಸ್ವರೂಪದ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗೆ ಈಡಾಗುವ ಸಂಶಯ ಬಂದಲ್ಲಿ, ಅತ್ಯಾಚಾರದಿಂದ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದರೆ, ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಗಳು ವಿಫಲವಾಗಿ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ್ದರೆ, ಅತಿ ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದರೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತವನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸೌಲಭ್ಯವು ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿದೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡಿಸಿದ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಲಿದೆ.

ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತದ ಬಗೆಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸಹ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

* ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತವನ್ನು ನಕಲಿ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮಾಡಿಸಿದರೆ ಗರ್ಭಕೋಶಕ್ಕೆ ಹಾನಿಯಾಗುವ ಇಲ್ಲವೆ ಬಂಜೆತನ ಮತ್ತು ಸಾವು ಸಂಭವಿಸಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ತಜ್ಞರಿಂದಲೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡಿಸಬೇಕೆಂದು,
* ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಮೂರು ತಿಂಗಳೊಳಗಾಗಿಯೇ ಈ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡಿಸಬೇಕು. ಐದು ತಿಂಗಳ

ನಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡಿಸಬಾರದು ಇದರಿಂದ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಮಹಿಳೆಯ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವೆಂದು,

* ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತವು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನವಲ್ಲ ಹಾಗಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗರ್ಭಪಾತದ ನಂತರ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸಬೇಕೆಂದು,
* ಹಾಗೂ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಪಾಯವೆಂದು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ನೇರವಾಗಿ ಭೇಟಿಯಾಗುವ ಮೂಲಕ, ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲವೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರಗಳ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರು ಈ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ನೀಡುವರು.

ಮದುವೆ ವಯಸ್ಸು ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದು.

ತಂದೆ-ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳು ಬೇಗ ಮದುವೆಯಾಗಬೇಕು ಹಾಗೂ ತಾವು ಬೇಗ ಮೊಮ್ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಎತ್ತಿ ಆಡಿಸಬೇಕೆಂಬ ಹಂಬಲದಿಂದಾಗಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಮದುವೆ ಮಾಡುವುದು ಒಂದು ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಎಂದುಕೊಂಡ ಪಾಲಕರು ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮದುವೆ ಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಅದರಲ್ಲೂ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿದ್ದರೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರು ಆಕೆಯ ಮದುವೆಯನ್ನು ಬೇಗ ಮಾಡಿ ಮುಗಿಸಬೇಕೆಂದು ಚಿಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ತಾವಿರುವಾಗಲೇ ತಮ್ಮ ವಂಶವೃದ್ಧಿಯಾಗುವುದನ್ನು ಕಣ್ಣಾರೆ ಕಾಣಬೇಕೆಂಬ ಹಂಬಲಗಳಿಂದಾಗಿ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬೇಗ ಮದುವೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ''ಚಿಕ್ಕವಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಮದುವೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೫.೨ ರಷ್ಟು ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ೧೮ ವರ್ಷದೊಳಗಾಗಿ ಮದುವೆಯಾಗಿ ತಾಯಂದಿರಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.'' (೧೯೯೮ ರ ಆರ್.ಹೆಚ್.ಎಸ್ ವರದಿ ಪ್ರಕಾರ) ಹೀಗೆ ಬೇಗ ಮದುವೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ದಂಪತಿಗಳ ಸಂಸಾರದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊರಲು ಸಮರ್ಥರಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ, ದಂಪತಿಗಳಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಶಕ್ತಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಸಂಸಾರದ ಹೊಣೆ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸಂಸಾರದ ಜಂಜಾಟದ ನಡುವೆ ದಂಪತಿಗಳ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಕುಂಠಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಗಳು, ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸುವುದು, ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ತೂಕದ ಮಗುವಿನ ಜನನ, ಮಗುವಿಗೆ ಎದೆ ಹಾಲಿನ ಕೊರತೆ ಉಂಟಾಗುವ, ಮಗುವು ಅನೇಕ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವ ಸಂಭವಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಚಿಕ್ಕವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮದುವೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಮಕ್ಕಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಪದೇ ಪದೇ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಗೆ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಉಂಟಾಗುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಮಕ್ಕಳ ಮತ್ತು ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ.ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಮೊದಲೇ ಮುದಿತನ ಬರುತ್ತದೆ. ಚಿಕ್ಕವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಮದುವೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಬರುವ ಈ ಎಲ್ಲ ಸಮಸ್ಯೆ ಅಥವಾ ತೊಂದರೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಹೇಳಿ ಆ ಕುರಿತು ಅರಿವು

[illegible]

ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿಯಿಂದ ಮುಂದಾಲೋಚನೆಯಾಗಿ ನಡೆಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿದೆ.

ಇದಲ್ಲದೆ ಕಾನೂನಿನ ಪ್ರಕಾರ ಹೆಣ್ಣು ೧೮ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ನಂತರ ಮತ್ತು ಗಂಡು ೨೧ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ನಂತರ ಮದುವೆಯಾಗಬೇಕೆಂದು ಹಾಗೆ ಮದುವೆಯಾದರೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ದಂಪತಿಗಳಿಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಶಕ್ತಿಯಿರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ನೆಮ್ಮದಿ ಇರುತ್ತದೆಂದು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಗಣನೀಯವಾಗಿ ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆಂದು ಹಾಗೂ ದಂಪತಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ ಅಲ್ಲದೆ ವಿದ್ಯಾವಂತರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಧಿಕವಾಗಿ ದೇಶದ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವ ಬಗೆಗೂ ಈ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಲ್ಲದೆ ಮದುವೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಾನೂನು ನಿಗದಿ ಪಡಿಸಿದ ವಯಸ್ಸಿನ ನಿಯಮವನ್ನು ಪರಿಪಾಲಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅಂದರೆ ೧೮ ವರ್ಷ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ಹಾಗೂ ೨೧ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನೊಳಗಿರುವ ಗಂಡು ೧೮ ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಹೆಣ್ಣನ್ನು ಮದುವೆಯಾದಲ್ಲಿ ಅವನಿಗೆ ೧೫ ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಿಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ಒಂದು ಸಾವಿರ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ಜುಲ್ಮಾನೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ಶಿಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಜುಲ್ಮಾನೆ ಎರಡನ್ನು ವಿಧಿಸಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಯಾರು ಈ ರೀತಿಯ ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಸಿನ ಮದುವೆ ಮಾಡುವರೋ ಇಲ್ಲವೆ ಈ ಮದುವೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವರೋ ಅಂತವರಿಗೆ ೩ ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಿಕ್ಷೆಗೆ ಗುರಿಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ತಂದೆ - ತಾಯಿಗಳು ಅಥವಾ ಪೋಷಕರು ಬಾಲ್ಯ ವಿವಾಹವನ್ನು ವಿರೋಧಿಸದೆ ಅದಕ್ಕೆ ಸಮ್ಮತಿಸಿದರೆ ಅಂತವರಿಗೂ ೩ ತಿಂಗಳ ಶಿಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಜುಲ್ಮಾಯನ್ನು ವಿಧಿಸಲಾಗುವುದು ಎನ್ನುವ ಕಾನೂನಿನ ವಿಚಾರ ಕುರಿತು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯನ್ನು ಸಹ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ತಾವೇ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಪದ್ಧತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಸುಲಭವಾಗಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು, ಸಮಾಲೋಚನೆಗೆ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ, ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಲೈಂಗಿಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ, ಬೇಡವಾದ ಬಸಿರನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಸುರಕ್ಷಿತ ಗರ್ಭಪಾತಕ್ಕೆ, ತಾಯಂದಿರ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳ ಉಳಿವಿಗೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗ-ರುಜಿನಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಆರಂಭವಾಗಿ, ಶಿಶುವಿನ ಉಳಿವು, ಸುರಕ್ಷಿತ ತಾಯ್ತನ, ಯೋಜಿತವಲ್ಲದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ತಡೆಯುವುದು, ಹೆಣ್ಣಿನ ಸ್ಥಾನಮಾನಗಳ ರಕ್ಷಣೆ, ಬಂಜೆತನ ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು, ಜನನಾಂಗ ಮಾರ್ಗದ ಸೋಂಕು ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದ ಸೋಂಕು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ, ಆಹಾರ, ಸರ್ವಾಂಗೀಣ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಗಮನ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಮಗು ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಇದರಲ್ಲಿ ಸೇರಿವೆ.

ಹೀಗೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಿನ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಜನನ ಪ್ರಮಾಣ ಇತ್ಯಾದಿ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಆಯಾ ವರ್ಷದ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಏಪ್ರಿಲ್ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ ಯೊಜನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಗುರಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ದಾದಿಯರು, ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘದ ಪದಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಇತರೆ ಮಹಿಳೆ ಹಾಗೂ ಪುರುಷ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ ಮುಖಂಡರು ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇದು ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಸಮುದಾಯ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಬಡ ಜನರಿಗೆ, ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಯೋಜನೆಯು ೨೦೦೫ ನೇ ಇಸ್ವಿಯಲ್ಲಿ ಜಾರಿಯಾಗಿದ್ದು, ೨೦೧೨ ರವರೆಗೂ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಲ್ಲ ನಿರ್ಣಾಯಕಗಳಾದ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ, ಸ್ವಚ್ಛತೆ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಉತ್ತಮ ಒಳಚರಂಡಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇವುಗಳ ನಡುವಣ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಗುರ್ತಿಸಿ ಒಂದು ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಹಾದಿಯನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ತಂತ್ರವನ್ನು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಆಯ್ದುಕೊಂಡಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವಲ್ಲಿ, ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಮುಖ್ಯ ವಾಹಿನಿಯಲ್ಲಿ ತರುವ ಗುರಿ ಕೂಡ ಈ ಅಭಿಯಾನದ್ದಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಇರುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅಧಿಕಗೊಳಿಸುವುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವಲಯದ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಕುರಿತಂತಿರುವ ಪ್ರಾಂತೀಯ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು. ಧನ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸುವುದು, ಈಗಿನ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಒಂದಾಗಿಸಿ ಅದಕ್ಕೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಲ ತಂದು ಕೊಡುವುದು, ಆರೋಗ್ಯ ವಲಯದಲ್ಲಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು, ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು, ಸಮುದಾಯದ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಆಸ್ತಿಯ ವರ್ಗಾವಣೆ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ತಜ್ಞರನ್ನು ನೇಮಿಸುವುದು, ದೇಶದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಬ್ಲಾಕ್‌ನಲ್ಲಿನ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸಕ್ರಿಯವಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸಿ, ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಇವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಕ್ರಿಯಾ ಯೋಜನೆಯ ಭಾಗಗಳಾಗಿವೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈಗಿರುವ ಎಲ್ಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಯೋಜನೆ ಇದಾಗಿದ್ದು. ಈಗಾಗಲೇ ಜಾರಿಯಾಗಿ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳನ್ನು ಕಳೆದಿದ್ದರೂ ಮಹತ್ವದ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಸಾಧನೆಯನ್ನೇನು ಮಾಡದೆ ಮಹತ್ವಕಾಂಕ್ಷೆಯ ಈ ಯೋಜನೆ ಕುಂಟುತ್ತಾ ಸಾಗಿದೆ. ೨೦೦೫ ರ ಏಪ್ರೀಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಭಾರಿ ಪ್ರಚಾರದೊಂದಿಗೆ ಚಾಲನೆಗೊಂಡ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದ ಕಾರ್ಯ ಸೂಚಿಗಳೇ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ದೂರು ಕೇಳಿ ಬರುತ್ತಿದೆ. ಸಮನ್ವಯತೆ ಇಲ್ಲದೆ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿವೆ ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೊಸೈಟಿ, ಅಂಧತ್ವ ನಿವಾರಣ ಸೊಸೈಟಿ, ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸೊಸೈಟಿ, ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸೊಸೈಟಿಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿಲೀನದೊಂದಿಗೆ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡುವುದಾಗಿ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿದರೂ ಕೂಡ ಇದುವರೆಗೂ ಅಂಧತ್ವ ನಿವಾರಣಾ ಸೊಸೈಟಿ, ಕ್ಷಯರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸೊಸೈಟಿ, ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸೊಸೈಟಿಗಳನ್ನು ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೊಸೈಟಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವಿಲೀನಗೊಳಿಸಲಾಗದೆ ಇವು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿಯೇ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಹೀಗೆ ಯೋಜನೆ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡು ಎರಡು ವರ್ಷ ಕಳೆದರು ಮೊದಲ ಹಂತದ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಗಳೇ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಇಡೀ ಯೋಜನೆಯೇ ಹಾದಿ ತಪ್ಪುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಮಾರ್ಗ ಸೂಚಿಗಳಿಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಈ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅನುದಾನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಈ ಯೋಜನೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಂಡಿದ್ದರೆ ಈ ವೇಳೆಗಾದರೂ ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವಾರದ ಏಳು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ದಿನದ ೨೪ ಗಂಟೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಬೇಕಿತ್ತು. ಆದರೆ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಎನ್.ಆರ್.ಎಚ್.ಎಂ. ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

೪.೧.೩ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿ ೨೦೦೫ನೇ ಸಾಲಿನಿಂದ ಈ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಈ ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಯಾಗಿದೆ. ೨೦೦೫ ಎಪ್ರಿಲ್ ೧ರ ನಂತರ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

ಈ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶ

ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ತಗ್ಗಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಕಡುಬಡವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವೆಚ್ಚಗಳು ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಭರಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪಪ್ರಮಾಣದ ಸಹಾಯಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದಿದೆ.

ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು

ಈ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಡುಬಡವರಿಗೆ (BPL ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ) ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ೫೦೦ ರೂ ಸಹಾಯಧನ ನೀಡಲಾಗುವುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ೭೦೦ ರೂ ಸಹಾಯಧನವಾಗಿ ನೀಡುವರು. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದ ಹಿಂದುಳಿದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬೀದರ, ಗುಲಬರ್ಗಾ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೇವೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸಾರಿಗೆ ಭತ್ಯೆಗೆಂದು ೨೦೦ ರೂ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಡಾಂತರ ಹೆರಿಗೆ (ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ) ಮಾಡಿಸಲು ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ೧೫೦೦ರೂ ನೀಡಲಾಗುವದು. ಉದರದರ್ಶಕ ಅಥವಾ ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅಂತವರಿಗೆ ೧೭೫ ರೂ ಸಹಾಯ ಧನ ನೀಡಲಾಗುವದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವಾರದ ಏಳು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ೨೪ ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಹಾಗೊಂದು ವೇಳೆ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ಅಗತ್ಯ ಅಥವಾ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯಿದ್ದರೆ, ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಕಿಯ ಮೂಲಕ ವಾಹನ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ೨೦೦ ರೂ ಧನಸಹಾಯ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಸೌಲಭ್ಯವು ಸರ್ಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಆಯಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರ, ಉಪಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಎಲ್ಲವರ್ಗದ BPL ಕಡುಬಡವ ಕುಟುಂಬದ ಮಹಿಳೆಯರು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ೧೭೦೦೦ ರೂ ಮಿತಿಯೊಳಗಿರಬೇಕು ೧೯ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಾದ ನಂತರ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದ ಮತ್ತು ಎರಡು ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಬಹುದು. ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯಲು BPL ಕಾರ್ಡು ಪಡೆದ ಮಹಿಳೆ ಬೇರೆ ದೃಢೀಕರಣವನ್ನೇನು ತೋರಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಅಂತವರನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ BPL ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದದವರು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತಹಸಿಲ್ದಾರರಿಂದ ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ ಈ ಯೊಜನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪರಿಶಿಷ್ಟಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಯಾವುದೆ ಆದಾಯ (ಜಾತಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ನೀಡಿದರೆ ಸಾಕು) ಮಿತಿಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯು ಬಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಸಹಾಯ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಉದಾ: ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೨
೧.೪.೨೦೦೬ ರಿಂದ ೩೧.೩.೨೦೦೭ರ ವರೆಗೂ ಲಾಭ ಪಡೆದ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ.	ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು	ಮನೆ ಹೆರಿಗೆ	ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆರಿಗೆ	ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ
೦೧	ಮರಿಯಮ್ಮನಹಳ್ಳಿ	೪೨	೦೭	೦೨
೦೨	ಗಾದಿಗನೂರು	೩೩	೦೪	೦೨
೦೩	ಕಮಲಾಪುರ	೬೧	೧೧	೦೧
೦೪	ಕಂಪ್ಲಿ	೩೩	೦೭	
೦೫	ದೇವಸಮುದ್ರ	೫೨	೦೪	
೦೬	ಚಿತ್ತವಾಡ್ಗಿ	೪೩	೧೩	
೦೭	ಹೊಸಪೇಟೆ UFWC	೨೫	೪೭	
	ಒಟ್ಟು	೨೮೯	೯೩	೦೫

ಮಾಹಿತಿ: ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಾರ್ಯಲಯ, ಬಳ್ಳಾರಿ.

UFWC: Urban Family Welfare Centre.

ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ

ಇದು ಇತ್ತೀಚೆಗಷ್ಟೆ, ಅಂದರೆ ೨೦೦೭, ಆಗಸ್ಟ್ ೧೫ ರಿಂದ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿರುವ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಯೋಜನೆಯಾಗಿದೆ. ತಾಯಿ ಮಗುವಿನ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ತಡೆಯಲೆಂದೇ ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರಲಾಗಿದೆ. ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಡನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರ್ಥಿಕ ತೊಂದರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಕಡು ಬಡತನದ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆ, ಹೊದಿಕೆ, ಸೋಪು ಮುಂತಾದ ಸ್ವಚ್ಛತಾ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಇರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಎಷ್ಟೋ ಬಡ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಹೆರಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಂತೆ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋದರೆ ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಹಣದ ಕೊರತೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಇದನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಕಡು ಬಡತನದ ಕುಟುಂಬದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿದ್ದರೂ ಅವು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಜಾರಿಯಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಹೋಗುವುದಕ್ಕೆ ಇಚ್ಛಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಏಕೆಂದರೆ ಈ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ವಸತಿ ಸೌಲಭ್ಯ ಕಲ್ಪಿಸದ ಕಾರಣ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಅಪೇಕ್ಷಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಧುನಿಕ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ, ಎಷ್ಟೋ ಕಡೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಕೋಣೆಗಳಿಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ, ಹಾಗೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಮೊದಲು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪಗೊಂಡರೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಏನೇ ಆಗಲಿ ಈ ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆಯ ಆಶಯ ಒಳ್ಳೆಯದಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ ಎನ್ನುವ ನಿರೀಕ್ಷೆಯೂ ಇದೆ.

೪.೧.೪ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್

ಮಾನವರ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ರೋಗ ಪ್ರತಿರೋಧ ಶಕ್ತಿಗುಂದಿಕೆಯು ವೈರಸ್ (ಎಚ್.ಐ.ವಿ) ಏಡ್ಸ್ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ಆ ಸೋಂಕಿನ ಫಲವಾಗಿ ತೋರಿಬರುವ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಚಿತ್ರ ಪ್ರಕಟಗೊಂಡಾಗ ಅದು ದೇಹದ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುವುದು. ಈ ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಸಾಗುವುದು. ಕಾರಣ ವೈರಸ್ ಅನೇಕ ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿ ಕುಳಿತು ಅನಂತರ ನಿಧಾನವಾಗಿ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಸೋಂಕು ಹೊಂದಿದ ಅನೇಕರು ಯಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ತೋರ್ಪಡಿಸದೆ ರೋಗವಾಹಕರಾಗಿ ಅದರ ಹಬ್ಬುಗೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಾರೆ. ೧೯೮೬ರಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟಮೊದಲು ಮದ್ರಾಸ್‌ನ ವಿ.ಎಮ್.ಸಿ, ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂತು. ನಂತರ ೧೯೮೭ರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಮೊದಲ 'ಎಚ್.ಐ.ವಿ' ಪ್ರಕರಣ ಬೆಳಗಾವಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ವರದಿಯಾಯಿತು.

ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುವಿಕೆಗೆ ಇರುವ ಕಾರಣಗಳು

ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಯುವತಿಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಬಹಳ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್‌ಗೆ ತುತ್ತಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದು ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜೈವಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಜೈವಿಕ ಕಾರಣಗಳು

* ಯೋನಿಯ ವಿಶಿಷ್ಟ ಬಗೆಯ ರಚನೆಯಿಂದಾಗಿ ದೈಹಿಕ ಸಂಪರ್ಕದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತೇವಾಂಶದಿಂದ ಕೂಡಿದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಭಾಗ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅಥವಾ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.
* ಯೋನಿಸ್ರಾವಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ವೀರ್ಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈರಸ್(ರೋಗಾಣು)ಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಇದರಿಂದಲೇ

ಮಹಿಳೆಯರಿಂದ ಪುರುಷರಿಗೆ ಸೋಂಕು ಹರಡುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪುರುಷರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೋಂಕು ಹರಡುವ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು.

* ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಮದುವೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಅವರು ಬೇಗ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಬಸಿರಾಗುವುದು ಜನನಾಂಗದ ಒಳಮೈ ತುಂಬಾ ಎಳೆಯದಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಮಾರ್ಗದ ಸೋಂಕಿಗೆ ಒಳಗಾಗುವ ಈ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನುವುದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಲಯದಲ್ಲಿ ದೃಡಪಟ್ಟಿದೆ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರಣಗಳು

* ಮದುವೆಯ ಕುರಿತು ನಮ್ಮ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾದ ಮೌಲ್ಯಗಳಿವೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ವಿವಾಹದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವಿಲ್ಲ.
* ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕತೆ ಕುರಿತಾದ ಮುಜುಗರ ಮತ್ತು ಮೌನದಿಂದಾಗಿ ಅಜ್ಞಾನ, ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ತೀರ್ಮಾನ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶ ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ.
* ಆರೋಗ್ಯ, ಕಾನೂನು ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸೇವೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಪರವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು.
* ದೇವದಾಸಿಯಂತಹ ಅಮಾನುಷ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಅತಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿಗೆ ಗುರಿಮಾಡುತ್ತಿವೆ.
* ಲೈಂಗಿಕ ಅನುಭವ ಹೊಂದಿರದ ಚಿಕ್ಕ ಹುಡಗಿಯರೊಂದಿಗೆ ದೇಹ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಪುರುಷರ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳು ಗುಣವಾಗುತ್ತವೆಂಬ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಯಿಂದ ಪುರುಷರು ಚಿಕ್ಕ ಹುಡಗಿಯರನ್ನು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಸೋಂಕಿಗೆ ತುತ್ತುಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತ ಸೇವೆಗಳು

ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ತಗಲಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಸುಮಾರು ೫ ಲಕ್ಷ ಎಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ನೀಡುವ ಕಣ ಕೋಶಗಳಾದ ಸಿಡಿ ೪ ಕೋಶಗಳು ೨೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆಗದಂತೆ ಹಾಗೂ ೨೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಆದವರಲ್ಲಿ ಆ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಸೋಂಕಿತರು ಇತರ ಸಮಯ ಸಾಧಕ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗದಂತೆ ಅವರ ದೈಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಔಷಧ ನೀಡಿಕೆ. ಮಾನಸಿಕ ಸಿದ್ಧತೆಗೆ ಅವರನ್ನು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸುವುದನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಜೊತೆ ಜೊತೆಗೆ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಹೊಸದಾಗಿ ಸೇರ್ಪಡೆ ಆಗದಂತೆ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ.

ಸರ್ಕಾರವು ೨೦೦೭ರ ವೇಳೆಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಉಂಟಾಗದಂತೆ ತಡೆಯುವ ಗುರಿ ಹೊಂದಿದೆ. ಈ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಯ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಂಸ್ಥೆ (ನ್ಯಾಕೊ) ಮತ್ತು ಅದರ ರಾಜ್ಯಶಾಖೆಗಳಾದ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್ಷನ್ ಸೊಸೈಟಿಗಳು ಹತ್ತು ಹಲವಾರು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿ ಅವುಗಳ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಇರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆಯು ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಏರುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಜೊತೆಗೆ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಸೌಲಭ್ಯ, ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನೆ, ತಾಯಿಯಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ಸೋಂಕು ಹರಡದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಕ್ರಮ, ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ, ಸಮಾಲೋಚಕರಿಗೆ ತರಬೇತಿ, ಶುಶ್ರೂಷಕಿಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಹಾಗೂ ಸಮಯಸಾಧಕ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿನ ನಿಭಾವಣೆ, ಆರೈಕೆ ಹೀಗೆ ಸೋಂಕು ಪೀಡಿತರ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಲು ಸರ್ಕಾರ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದೆ. ಇದೆಲ್ಲದರ ಜೊತೆಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟು ಹಾಕಿರುವಂತ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಗಳನ್ನು ತೊಡೆದು ಹಾಕಲು ಕ್ರಮ ಕೈಗೊಂಡಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆಂದು ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಅದರ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಹೇಗೆ ತಗಲುತ್ತದೆ, ರೋಗ ಹರಡುವ ಮಾರ್ಗಗಳಾವುವು, ಸೋಂಕು ಹರಡದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು ಹೇಗೆ? ಮೊದಲಾದ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತಡೆಯುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹಳ್ಳಿಯ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗೂ ಹೋಗಿ ಅವರದೇ ಆದಂತ ಆಡುಮಾತಿನ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಸರ್ಕಾರವು ಜಾನಪದ ತಂಡಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ದೂರದರ್ಶನ, ರೇಡಿಯೋಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಕೂಡ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಕುರಿತು ಚರ್ಚೆ, ಸಂವಾದ, ನಾಟಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಬಿತ್ತಿ ಚಿತ್ರಗಳು, ಕರಪತ್ರಗಳು, ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ಜಾಹೀರಾತು ಫಲಕಗಳು, ರ‍್ಯಾಲಿಗಳು, ವಿದ್ಯಾಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ರಸಪ್ರಶ್ನೆ ಹೀಗೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮೂಲಕ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ.

ಉಚಿತ ದೂರವಾಣಿ: (೧೦೯೭) ಸೌಲಭ್ಯ

ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲು ಸರ್ಕಾರ ಉಚಿತ ದೂರವಾಣಿ ಸಲಹಾ ಸೇವೆಯನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದೆ. ೧೦೯೭ಕ್ಕೆ ಡಯಲ್ ಮಾಡಿ ಉಚಿತವಾಗಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯುವ ಸೌಲಭ್ಯ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದೆ.

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಸಮಾಲೋಚನೆ ಕೇಂದ್ರ(ವಿ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ)ಗಳ ಸೇವೆಗಳು

ವಿ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ ಎಂದರೆ ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ಕೇಂದ್ರ. ಈ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಮತ್ತು ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಬಹುದು ಮತ್ತು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಸೇವೆ ಪಡೆಯಬಹುದು. ವಿಸಿಟಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚಕರಿಗೆ ಎರಡು ಕೊಠಡಿಗಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಂತೆ ಒಂದು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯವು ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ತಾಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೌಲಭ್ಯಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪುರುಷರಿಗೆ ಪುರುಷ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಹಿಳಾ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ಇರುತ್ತಾರೆ. ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚಕರು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಪೂರ್ವ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ನಡೆಸಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಅವರಲ್ಲಿರುವ ತಪ್ಪು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹಾಗೂ

[illegible]

ನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಂತರ ಅವರನ್ನು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವು ಪಾಸಿಟಿವ್ ಇರಲಿ, ನೆಗೆಟಿವ್ ಇರಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಗೌಪ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡುತ್ತಾರೆ. ೩ ಬಗೆಯ ಆಂಟಿಜನ್‌ಗಳು ಇರುವ ರ್‍ಯಾಪಿಡ್ ಟೆಸ್ಟ್‌ಕಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಈ ವಿಸಿಟಿಸಿ ಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಪಾಸಿಟಿವ್ ಎಂದು ಬಹಿರಂಗ ಪಡಿಸುವ ಮೊದಲು ಈ ೩ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುವುದು. ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಕೇವಲ ಹತ್ತು ರೂಪಾಯಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಶುಲ್ಕ ವಿಧಿಸಲಾಗುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಇವರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಕಾಂಡೋಮ್ ವಿತರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಬೀದರನ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಗುಲಬರ್ಗಾದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಕೊಪ್ಪಳದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿಯ ವಿಮ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ವಿ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ. ಕೇಂದ್ರಗಳಿವೆ.

ಹೆತ್ತವರಿಂದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕು ಹರಡುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕೇಂದ್ರ(P.P.T.C.T)ಗಳ ಸೇವೆಗಳು

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಸೋಂಕು, ಸೋಂಕಿರುವ ತಾಯಿಯಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ೩ ವಿಧದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಹರಡಬಹುದು. ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿರುವಾಗ (೧೦% ಕೊನೆಯ ೩ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ) ಮಗುವಿನ ಜನನದ (೧೦%) ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸ್ತನಪಾನದ ಮೂಲಕ ೧೫% ಸೋಂಕಿರುವ ತಾಯಿಯಿಂದ ಮಗುವಿಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಸೋಂಕು ಹರಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಲಯ ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿದೆ. ಈ ಸೋಂಕನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು (NACO) ಕರ್ನಾಟಕದ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ P.P.T.C.T ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪನೆ ಮಾಡಿದೆ. ಈ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳ ಆರೈಕೆಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಈ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರು ಮಹಿಳಾ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನಕಾರರಿದ್ದು, ಇವರು ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆಗೆ ಬಂದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮೊದಲು ಗುಂಪು ಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ನಂತರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮುಂಜಾಗ್ರತೆ ಮತ್ತು ಪರೀಕ್ಷಾ ಮುನ್ನ ಮತ್ತು ನಂತರದ ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಒಬ್ಬರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿ ಇರುತ್ತಾರೆ. ಕೇಂದ್ರದ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ತಂತ್ರಜ್ಞರು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ಪಿ.ಪಿ.ಟಿ.ಸಿ.ಟಿ. ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳು

* ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಬರುವ ಎಲ್ಲ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಈ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಭೇಟಿ ಕೊಡಲು ಸೂಚಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
* ಮಹಿಳಾ ಸಮಾಲೋಚಕರು ಬಂದಂತಹ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ, ಗರ್ಭಸ್ಥ ಶಿಶುವಿಗೆ ಹರಡುವ ವಿಧಾನ, ಸೋಂಕು ಖಚಿತಪಡಿಸಲು ಲಭ್ಯವಿರುವ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಬರದಂತೆ ತಡೆಯುವ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿಗೆ ತರುತ್ತಾರೆ.
* ಗರ್ಭಿಣಿ ಇಚ್ಛಿಸಿದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. (ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಕಳಂಕದಿಂದಾಗಿ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡುವಂತಿಲ್ಲ.) ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಯ

ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಮಾತ್ರ ತಿಳಿಸಲಾಗುವುದು. ಗರ್ಭಿಣಿ ಇಷ್ಟಪಟ್ಟಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಆ ಮಹಿಳೆಯ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗುವುದು.

* ಗರ್ಭಿಣಿಯ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಇದೆ ಎಂದು ಖಚಿತವಾದಾಗ, ಗರ್ಭಸ್ಥ ಶಿಶುವನ್ನು ಹೇಗೆ ರಕ್ಷಿಸಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ಸಮಾಲೋಚಕರು ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇಂಥಹ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಪಿ.ಪಿ.ಟಿ.ಸಿ.ಟಿ. ಕೇಂದ್ರಗಳಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸುವಂತೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಸೋಂಕು ಇರುವಾಗ ಗರ್ಭಸ್ಥಶಿಶುವಿಗೆ ಸೋಂಕು ಹರಡದಂತೆ ತಡೆಯಲು 'ನೆವಿರಪಿನ್' ಎಂಬ ಔಷಧಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಇಂತಹ ಕೇವಲ ಒಂದು ಮಾತ್ರೆಯನ್ನು ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಆರಂಭವಾದಾಗ ಸೇವಿಸಲು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. (ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಆರಂಭವಾದಾಗ ಮತ್ತು ಶಿಶುವಿನ ಜನನವಾಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ರೋಗಾಣುಗಳು ಗರ್ಭಿಣಿಯಿಂದ ಶಿಶುವಿಗೆ ಹರಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ವಿವರಿಸಿದರು.)
* ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ೭೨ ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ 'ನೆವಿರಪಿನ್' ದ್ರಾವಣವನ್ನು (೬ ಮಿ.ಗ್ರಾಂ) ಮಗುವಿಗೆ ಕುಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧಿ ಕೇವಲ ಒಂದು ಬಾರಿ ಕುಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. 'ನೆವಿರಪಿನ್' ಔಷಧಿ ಶೇ.೭೦ರಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಸಾವಿನಿಂದ ರಕ್ಷಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಾಯವಾಗಿದೆ.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಬೀದರನ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಗುಲಬರ್ಗಾದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಎಂ.ಆರ್. ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ರಾಯಚೂರಿನ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಕೊಪ್ಪಳದ ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಬಳ್ಳಾರಿಯ ವಿಮ್ಸ್‌ಗಳಲ್ಲಿ (P.P.T.C.T) ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಬಾದಿತರಿಗೆ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವುದು

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಸೋಂಕು ಅಥವಾ ಏಡ್ಸ್ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಇತರೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾಯಿಲೆ ಇದೆ ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟವರು ಇಂದು ಹಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದು, ಅವರು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಬೆಂಬಲ ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಸೋಂಕು ಹರಡಿದ ಆತಂಕ,ದೈಹಿಕ ಬೇರ್ಪಡಿಕೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸೇರ್ಪಡೆ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಬೇದಬಾವ, ಮನೆಯಿಂದ ಹೊರದೂಡಲ್ಪಡುವುದು, ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆ, ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮ, ಕಾಯಿಲೆಯ ಉಲ್ಬಣಿಕೆ, ಸಂಬಂಧಗಳ ಕಡಿತ, ಕೋಪ, ಏಕಾಂಗಿತನ, ಖಿನ್ನತೆ ಮೊದಲಾದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿತರು ನಿಭಾಯಿಸುವಂತೆ ಬೆಂಬಲ ಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಈ ಸೋಂಕು ಬಂದಿದೆ ಅಂದರೆ ಸಾವು ಖಚಿತ ಎಂಬ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆತಂಕದೊಂದಿಗೆ ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದರು. ಈಗ ಈ ಮಾತು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಅರ್ಥಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಪಾಸಿಟಿವ್ ಎಂದು ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಫಲಿತಾಂಶ ತಿಳಿಯುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಇನ್ನೇನು ನನ್ನ ಭವಿಷ್ಯ ಕತ್ತಲು ಎಂದು ಚಿಂತಿಸುವ ಕಾಲ ಬದಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಇದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಯುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ಧೃತಿಗೆಡದೇ ಮುಂದಿನ ಜೀವನಕ್ರಮ

ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ಸೋಂಕಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನೆರವಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಸಮಾಲೋಚಕರು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ತಾಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ವಿಸ್ತರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಆಪ್ತಸಮಾಲೋಚಕರು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅರಿವಿಗೆ ತರುತ್ತಾರೆ.

೧. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೈಕೆ

* ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವಂತೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಇತರೆ ಸಮಯ ಸಾಧಕ ಸೋಂಕುಗಳು ಬಾರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಕೂಡಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವಂತೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ನಿರೋಧ್‌ನ್ನು ಬಳಸಲು ಗಂಡನಿಗೆ ತಿಳಿಸಿ ಎಂಬ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.

೨. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಸೋಂಕಿತರಲ್ಲಿ ವೈರಾಣು ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಕಣಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರ ಕಡಿಮೆಯಾಗದಂತೆ ಮಾಡುವ ಔಷಧಿ ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡುವುದು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. (ಎ.ಆರ್.ಟಿ.) 'ಆಂಟಿ ರಿಟ್ರೋ ವೈರಲ್ ಥೆರಪಿ' ಎಂಬ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿತರಿಗೆ ವರದಾನವಾಗಿದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ವೈರಾಣು ಸಂಖ್ಯೆ ತಗ್ಗಿಸುವ ಈ ಔಷಧಗಳು ದುಬಾರಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಹಲವು ನಿಯಮಗಳೊಂದಿಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ನೀಡಲು ಕೆಲವೊಂದು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದೆ. ಉದಾ:- ಬಳ್ಳಾರಿಯ ವಿಮ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ. ದೇಹದ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಣಕೋಶಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಂದರೆ ಸಿ.ಡಿ.೪ ಕಣಕೋಶಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ೨೦೦ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇರುವ ವಯಸ್ಕರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ 'ನಿವರಿಪೈನ್' ಎಂಬ ಔಷಧ ಸೇವಿಸಿರುವ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ 'ಎ.ಆರ್.ಟಿ' ಔಷಧವನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ.

ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಚರ್ಕಾಯೋಜನೆ

ಯು.ಎನ್.ಡಿ.ಪಿ.ಯ ನೆರವಿನಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಯುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಬಲವರ್ಧನೆ ಮೂಲಕ, ಮಹಿಳೆಯರು ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್‌ಗೆ ಬಲಿಯಾಗುವುದನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲು ಚರ್ಕಾಯೋಜನೆಯನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕರ್ನಾಟಕದ ಬಳ್ಳಾರಿ, ಆಂಧ್ರಪ್ರದೇಶದ ಗುಂಟೂರು, ರಾಜಸ್ಥಾನದ ಉದಯಪುರ, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದ ಕಾನ್‌ಪುರ್, ಬಿಹಾರದ ಕಿಶನ್‌ಗಂಜ್ ಮತ್ತು ಮಿಜೋರಾಮ್‌ನ ಐಜ್ವಾಲ್ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಗುರಿಯು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಸೋಂಕಿಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಅದರಲ್ಲೂ ೧೫-೨೫ರ ವಯಸ್ಸಿನವರು ಒಳಗಾಗುವುದನ್ನು ತಗ್ಗಿಸುವುದಾಗಿದೆ.

ಚರ್ಕಾ ಯೋಜನೆಯು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಐದು ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ.

೦೧. **ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು (Awareness Building)**

ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಹಾಗೂ ಲಿಂಗತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುವುದು.

೦೨. **ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ರಚನೆ (Capacity Building)**

ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳಾ ಸಂಘಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ರಚನೆ ಮಾಡುವುದು ಒಗ್ಗಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸಾಫಲ್ಯ ಜನರಿಗೆ ತಿಳಿಯಪಡಿಸಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಚರ್ಚಾ ಕೌಶಲ್ಯ ಮುಂತಾದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದು.

೦೩. **ಬೆಂಬಲ /ಗುಂಪುಗಳ ರಚನೆ (Building support structures)**

ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪೂರಕ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುವಂತಹ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಸಂಘಟಿತ ಗುಂಪುಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವುದು.

೦೪. **ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸುವುದು (Strengthening services)**

ಜನರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿದ ನಂತರ ಜನಸಮುದಾಯ ಸರಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಭೇಟಿ ಮಾಡಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಇಂತಹ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳಿಗೂ (ಆರೋಗ್ಯ, ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ) ಸಮುದಾಯಕ್ಕೂ ಸೂಕ್ತ ಸಂದರ್ಭ ಏರ್ಪಡಿಸುವುದು. ಸರಕಾರಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯವರನ್ನು ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿ ಯಾಗುವುದು.

೦೫. **ಪೂರಕ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಾಣ (Creating Enabling Environment)**

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಸೇವೆಗಳಿಗೂ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆಯಿಲ್ಲದೇ ಹೋಗುವಂತಹ ಅವಕಾಶ ಇರುವ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪೋಲಿಸ್ ಹಾಗೂ ಕಾನೂನಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಜನ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೋಗಿ ಸೇವೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತಹ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವುದು.

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡ ಚರ್ಕಾಯೋಜನೆಯಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿದೆ. ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾರಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುವುದನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನಿರಂತರ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಉತ್ತಮವಾಗಿವೆ. ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಧೈರ್ಯದಿಂದ ಕೇಳುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಈ ಯೋಜನೆ ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವಹಿಸಿದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಚರ್ಕಾಯೋಜನೆಯ ಸಂಯೋಜಕರು ಹೇಳುವಂತೆ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತುಂಬಾ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಶಿಕ್ಷಣವಿಲ್ಲ. ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲಿಕ್ಕೆ ಹೋದರೆ ಮೊದಲು ನಮಗೆ ಯಾಕೆ ಹೇಳಲಿಕ್ಕೆ ಬಂದಿದ್ದೀರಿ? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆ ಕೇಳುತ್ತಿದ್ದರು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳಲಿಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಕೇಳಲಿಕ್ಕೆ ತಯಾರಿದ್ದಿಲ್ಲ ಪ್ರತಿರೋಧ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡಂತಹ ಈ ಚರ್ಕಾಯೋಜನೆಯಿಂದ ನಿಧಾನವಾಗಿಯಾದರೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಬಗ್ಗೆ ಹೇಳುವುದನ್ನು ಕೇಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಜನರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸವಿಲ್ಲ ಅದು ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕಳೆದುಬಿಟ್ಟಿದೆ. ''ಈ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸ ತುಂಬುತ್ತಿದ್ದೇವೆ'' ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹರಡುತ್ತಿರುವುದರಲ್ಲಿ ಆರು ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕವೂ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಇಂದು ಭಯಂಕರವಾಗಿ ಈ ರೋಗ ರಾಜ್ಯದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರದೇಶ ಅಥವಾ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರದೇ ನಗರ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಎಲ್ಲ ವರ್ಗಗಳ ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿರುವುದು. ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಹಾಗೂ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳಿಂದ ಖಚಿತವಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್‌ನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವಂತಹ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಲಸಿಕೆ ಹಾಗೂ ಈ ಸೋಂಕನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತಹ ಔಷಧಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆ ಇಲ್ಲವಾಗಿದೆ. ಇದೊಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಥವಾ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಮಾತ್ರವಾಗಿರದೇ ಹತ್ತು-ಹಲವು ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುವಂತಹ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬುಡಮೇಲು ಮಾಡುವಂತಹ ಬೃಹತ್ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಮನಗಂಡ ಸರಕಾರವು ಸಮಗ್ರ ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ನಿರಂತರ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಲಿದೆ.

ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್‌ಷನ್ ಸೊಸೈಟಿಯು ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಲು ಕೆಲವು ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಂದುಗೂಡಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಬಲಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿವೆ. ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತ ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚನಾ ಮತ್ತು ಪರೀಕ್ಷಾ ಕೇಂದ್ರ (ವಿ.ಸಿ.ಟಿ.ಸಿ)ಗಳು ಮತ್ತು ತಂದೆ-ತಾಯಿಗಳಿಂದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸೋಂಕು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು (ಪಿ.ಪಿ.ಟಿ.ಸಿ.ಟಿ) ಸ್ಥಾಪನೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ದೂರದರ್ಶನ, ಆಕಾಶವಾಣಿ, ಜನಪದ ಮಾಧ್ಯಮಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಅರಿವಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಚುರುಕುಗೊಳಿಸಿದರೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಬಗ್ಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಕೆಲ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಫಲವಾಗಿರಬಹುದು. ಆದರೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಬೆಂಬಲದ ಸೇವೆಗಳು, ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಗೆಯ ವಿಧಾನಗಳು ಇವುಗಳನ್ನು ಬಲಪಡಿಸಲು ಜಾಗತಿಕ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಅವರ ಸ್ಥಾನಮಾನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಅವರ ವಿರುದ್ಧ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಕಟ್ಟಳೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವುದರ ಮೂಲಕ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಅವರನ್ನು ಭಾಗವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ, ಸಂಪರ್ಕಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದರ ಮೂಲಕ,

[illegible]

ಮಹಿಳೆಯರ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಜಾಲವನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳಾ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಬಗ್ಗೆ ಜನರಿಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವ ಮತ್ತು ಏಡ್ಸ್ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರವಲ್ಲದೆ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸೇವೆಗಳು ಕೂಡ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿವೆ.

ಇದುವರೆಗೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಂತಾಯಿತು. ಈಗ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳೇನು? ಎತ್ತ ಎನ್ನುವ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿದ್ದಾಗಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಅದರಲ್ಲೂ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಹಿಂದುಳಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು ತುಂಬಾ ಶೋಚನೀಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ''ಗ್ರಾಮೀಣ ನಗರಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಬದಲಾಗಿ ಅದು ಮತ್ತಿಷ್ಟು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಿದೆ. ಉದಾ: ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಮರಣದರವು ೬೪ ಇದ್ದರೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅದು ಕೇವಲ ೨೪ (೨೦೦೪) ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಣೆ ಕಂಡು ಬಂದರೂ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆಗಳು ಗಣನೀಯವಾದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇವೆ. ರಾಜ್ಯದ ಈಶಾನ್ಯ ಕರ್ನಾಟಕದ ಐದು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬೀದರ್, ಗುಲಬರ್ಗಾ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ, ಬಳ್ಳಾರಿ ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳು ರಾಜ್ಯದ ಉಳಿದ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅತ್ಯಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿವೆ. ಪ.ಜಾ. ಮತ್ತು ಪ.ಪಂಗಡಗಳ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಯೋಚಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟದಿಂದ ಅವರು ಬಹಳಷ್ಟು ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯು ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರನ್ನು ಹಾಗೂ ಶಿಶುಗಳನ್ನು ಬಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಾದ ಕ್ಷಯ, ಮಲೇರಿಯಾ ಹಾಗೂ ಕರುಳು ಬೇನೆಗಳ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಈಗಲೂ ಸಾಪೇಕ್ಷವಾಗಿ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿವೆ. ಈಗ ರಾಜ್ಯವು ಏಡ್ಸ್/ಎಚ್.ಐ.ವಿ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾದ ಮಾನವೀಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಬದಲಾದ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತಿರುವ ರೋಗಗಳಾದ ಮಧುಮೇಹ, ಹೃದ್ರೋಗ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ಅನಪೇಕ್ಷಣೀಯವಾಗಿ ಏರಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾದ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ರಾಜ್ಯದ ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಜನವರ್ಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗದೇ ಇನ್ನೂ ಹಾಗೆಯೇ ಮುಂದುವರೆದಿವೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮರಣವನ್ನಪ್ಪುವ ತಾಯಂದಿರ ಪ್ರಮಾಣವು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿರುವ ರಾಜ್ಯವಾದ ಕರ್ನಾಟಕದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಅದು ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವುದು ಅನಪೇಕ್ಷಿತ''. (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ;೨೦೦೫;ಪು.೧೪೧-೧೪೨)

ಈಗಲೂ ಮಹಿಳೆಯರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ತಿಳಿದು ಬರುವುದೇನೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿದ್ದಾಗಲೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಈ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಲ್ಲಿರುವ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯು ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿರುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವೂ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಉದಾ: ಅಸ್ಪಸ್ಥತೆಯ ಬಗೆಗೆ ವರದಿ ಮಾಡಿದ ಲಿಂಗವಾರು ಮತ್ತು ಪ್ರದೇಶವಾರು

ಜನರ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳೆಯರೇ ಹೆಚ್ಚು ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ ೪.೩

ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಬಗ್ಗೆ ವರದಿ ಮಾಡಿದ ಲಿಂಗವಾರು ಮತ್ತು ಪ್ರದೇಶವಾರು ಜನರ ಪ್ರಮಾಣ

(ಪ್ರತಿಶತ)

ವಿವರ		ಪುರುಷರು	ಮಹಿಳೆಯರು	ಒಟ್ಟು
ಗ್ರಾಮೀಣ	ಭಾರತ	೫.೪	೫.೭	೫.೫
	ಕರ್ನಾಟಕ	೪.೧	೪.೮	೪.೫
ನಗರ	ಭಾರತ	೫.೧	೫.೮	೫.೪
	ಕರ್ನಾಟಕ	೩.೯	೪.೨	೪.೦

ಆಧಾರ: ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ;೨೦೦೫;ಪು.೧೪೪

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಭಾರತ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಭಾರತ ಮತ್ತು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ನಗರ ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪುರುಷರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಅಂತೆಯೇ ಭಾರತದ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ (೫.೮) ಕ್ಕಿಂತ ಭಾರತದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ (೫.೭) ವು ಪ್ರತಿಶತ ಒಂದರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಆದರೂ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ (೪.೨) ಕ್ಕಿಂತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು (೪.೮) ಅತ್ಯಧಿಕವಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವು ಪುರುಷರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದೆ ಎನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಇದೊಂದು ನಿದರ್ಶನವಾಗಿದೆ.

ಅಂತೆಯೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ರಾಜ್ಯದಾದ್ಯಂತ ಅನೇಕ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದಾಗಲು ಆ ಯೋಜನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಜನತೆ ಇನ್ನು ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ರಾಜ್ಯದ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ''ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಶೇ.೩೯ ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಶೇ.೭೭ ಹಾಸನ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಶೇ.೦.೯ ಗುಲಬರ್ಗಾದಲ್ಲಿದೆ.'' (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ;೨೦೦೫;ಪು.೧೫೨) ಇದರಿಂದ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಅರಿವಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯದ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವಲ್ಲಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯಾಗಿದೆ.

ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಂದು ಆತಂಕಕಾರಿ ವಿಷಯವೆಂದರೆ, ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಫಲವತ್ತತೆಯ ದರ ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದ ದರಕ್ಕಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಫಲವತ್ತತೆಯ ದರ ೨.೪ ಇದ್ದರೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅದು ೩.೩ ಇದೆ (೨೦೦೧). ಫಲವತ್ತತೆ ದರವೆಂದರೆ, ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳೆ ತನ್ನ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಸುಮಾರು ೧೬ ರಿಂದ ೪೫ ವರ್ಷಗಳ ವಯೋಮಾನದಲ್ಲಿ ಹೆರುವ ಮಕ್ಕಳ ಸರಾಸರಿ ಸಂಖ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಹೀಗೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸದ ಕಾರಣ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಫಲವತ್ತತೆಯ ದರ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ನಡುವಿನ ಅಂತರಕ್ಕೆ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಶೇ.೦.೯ ರಷ್ಟು ಜನರು ಮಾತ್ರವೇ ಗಮನ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಹೀಗೆ ಹೆರಿಗೆ ನಡುವೆ ಅಂತರವನ್ನು ಕಾಪಾಡದೆ ಯಂತ್ರದಂತೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಮಗುವಿಗೆ ಜನ್ಮ ನೀಡುವುದು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗಿದ್ದು ಅವರನ್ನು ಅಧಿಕ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಮತ್ತು ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನು ಈ ಭಾಗದ ''ಶಿಶುಮರಣ ದರ, ಜನನ ದರ ಮತ್ತು ಮರಣ ದರಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ, ಒಟ್ಟು ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ೫೫ ರಷ್ಟು ಶಿಶುಮರಣ ದರವಿದ್ದರೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೬೨ ರಷ್ಟಿದೆ. ಜನನ ದರವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ, ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೨೨.೪ ರಷ್ಟು ಜನನ ದರವಿದ್ದರೆ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ೨೭.೪೨ ರಷ್ಟಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಮರಣ ದರವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಒಟ್ಟು ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೭.೫ ರಷ್ಟು ಮರಣ ದರವಿದ್ದರೆ ಹೈದರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ೮.೨ ರಷ್ಟಿದೆ''. ಈ ಅಂಶವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಾದ ಕುಟುಂಬಯೋಜನೆಯಾಗಲಿ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಯೋಜನೆಯಾಗಲಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಾಗಲಿ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನವಾಗಿಲ್ಲದಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ.

ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ೨೦೦೦ ನೇ ಇಸ್ವಿಯೊಳಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುವ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಘೋಷಣೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಹುಸಿ ಹೋಗಿದೆ. ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವಾಗಲು ಏಕೆ ಹೀಗಾಗುತ್ತಿದೆ? ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಲೋಪದೋಷಗಳು ಅಥವಾ ಮಿತಿಗಳೇನು? ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆ ಉದ್ಭವಿಸುವುದು ಸಹಜ ಈ ಕುರಿತು ಕೆಳಗೆ ಒಂದಿಷ್ಟು ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಅಧ್ಯಾಯ ೫ ರಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಚರ್ಚೆಮಾಡಲಾಗಿದೆ.

[illegible]

ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಬಹುಪಾಲು ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕೊಡುಗೆಗಳಾಗಿವೆ. ಸಂತಾನವನ್ನು ಹೊರುವ-ಹೆರುವ, ಲಾಲನೆ-ಪಾಲನೆ ಮಾಡುವ ನಿಸರ್ಗದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಬೇಕಾದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ವಯಸ್ಸು, ಆಯಸ್ಸು, ಆರೋಗ್ಯಗಳನ್ನು ಮುಡುಪಿಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಇಂತಹ ಕಷ್ಟವಾದ ಕೆಲಸವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯು 'ಉತ್ಪಾದನಾ ವಸ್ತು'ವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದ್ದಾಳೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಸಹ ಮಹಿಳೆಯ ಮೇಲೆ ಹೊರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಭಾವನಾತ್ಮಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಪುರುಷನನ್ನು ತಾರ್ಕಿಕ ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ರೂಪಿಸುವ ಎಲ್ಲ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಗಳಾಗಿದ್ದು, ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಯ ಪಶುವೆಂಬಂತೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪುರುಷರ ಹಿತರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಕಾಯುವ ಈ ವಿಜ್ಞಾನ ಶಾಖೆಯನ್ನು ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ವಿರೋಧಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ, ಪ್ರಶ್ನೆಯಾಗಿ ನಿಂತಿದೆ.

ಜನನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದದು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದರೆ ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಸಂಗತಿಗಳು, ಮಕ್ಕಳ ಮರಣಪ್ರಮಾಣ, ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ಮಹಿಳೆಯರ ಶಿಕ್ಷಣ, ದುಡಿಮೆಗೆ ಅವಕಾಶ ಹಾಗೂ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ ಸಿಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಬಲವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಆ ನಂಬಿಕೆಯೂ ಹುಸಿಯಾಗಿದೆ.

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ದುರದೃಷ್ಟದ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಇದು ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಮಾತ್ರ ಗುರಿಯನ್ನಾಗಿಸುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ''ಪ್ರಸ್ತುತ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೨.೫ ರಷ್ಟು ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು, ವಂಕಿಯನ್ನು ಶೇ.೩.೫ ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಶೇ.೧೩ ರಷ್ಟು ಸಿಸಿ ಬಳಸುವವರಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಪುರುಷರ ಪ್ರಮಾಣ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆಯೆಂದರೆ ಶೇ.೦೭ ರಷ್ಟಿದೆ''. (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ;೨೦೦೫;ಪು.೧೫೨)

ಹೀಗೆ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಬೆಳವಣಿಗೆ ದೊಡ್ಡ ಆತಂಕಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಿದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೆಂಬುದನ್ನು ಜೈವಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನಾಗಿ ನೋಡುವುದರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಹೇರಲಾಗಿದೆ. ಪುರುಷರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅವರ ಲೈಂಗಿಕ ಶಕ್ತಿ ಕುಂದುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಬೇರೂರಿದ್ದರಿಂದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ದೂಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಅಲ್ಲದೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತೀರ್ಮಾನ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ, ಕೌಟುಂಬಿಕವಾಗಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಬಲವಂತವಾಗಿ ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿದ ಚಾಲಕಶಕ್ತಿ ಪುರುಷ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕೈಯಲ್ಲಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಗು ಬೇಕೋ-ಬೇಡವೋ ಎನ್ನುವ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿರದೆ. ಆಕೆಯ ಪತಿಯ ಇಲ್ಲವೆ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯ (ಅತ್ತೆ-ಮಾವ)ರ ನಿರ್ಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

''ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣದ ನೆಪದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಹೆಣ್ಣಿನ ಗರ್ಭಾಶಯದ ಮೇಲೆ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವ ಅತಿಕ್ರಮಣ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಮಾನವೀಯತೆಯ ಗೆರೆಗಳನ್ನು ದಾಟುತ್ತಿರುವಂತಿದೆ. ದೇಶವು ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ, ಲಿಂಗವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ತಾರತಮ್ಯದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆಶಯಗಳಾದ ವಂಶವೃದ್ಧಿ ಗಂಡು ಸಂತಾನಗಳ ಅಗತ್ಯಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾದರೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜ್ಞಾನಕ್ಷೇತ್ರವು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅವಳ ಗರ್ಭಾಶಯವನ್ನು ತನ್ನ ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲೆ ಎಂಬಂತೆ ಬಳಸತೊಡಗಿದೆ.'' (ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್.ಎಸ್:೨೦೦೪;ಪುಟ-೪೯)

ಅಂತೆಯೇ ಅಂತರದ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಬಳಸುವ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳು ಅಪಾಯಕಾರಿಯೂ ಆಗಿವೆ. ಉದಾ: ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗಿರಿಸಿದ ವಂಕಿಯು ಗೊತ್ತಿಲ್ಲದಂತೆ ಇಲ್ಲವೆ ಗೊತ್ತಾಗುವಂತೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಅಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಳಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಇವೆ. ವಂಕಿಯನ್ನು ಧರಿಸುವ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಮಹಿಳೆಯು ಪ್ರತಿ ಋತುಸ್ರಾವದ ನಂತರ ಅದರ ದಾರವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ವಂಕಿಯ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ದೃಡಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂಬುವುದು ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇದರ ಚಲನ ವಲನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ವಂಕಿ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಶ್ರೀಮತಿ ರೇಣುಕಾ ಪದ್ಮಾಜೀಯವರು ಹೀಗೆ ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ''ಮದುವೆ ಆಗಿ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಗಂಡು ಮಗು ಜನಿಸಿತು. ಈ ಮಗುವಿನ ಮೇಲೆ ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದರೆ ಒಂದು ಮಗು ಇರುವುದರಿಂದ, ಆ ಮಗುವಿಗೆ ೫ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಆಗುವ ತನಕ ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಡಾಕ್ಟರು ಹೇಳಿದ ಕಾರಣ. ಆ ಮಗುವಿಗೆ ೫ ವರ್ಷ ತುಂಬುವವರೆಗೆ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡೆ. ಕಾಪರ್-ಟಿ ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡ ೬ ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಸ್ಥಳ ಬಿಟ್ಟು ಒಳಗೆ ಹೋಗಿತ್ತು, ಅದರಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದರಿಂದ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಕ್ಕೆ ಹೋಗಿ ಕಾಪರ್-ಟಿ Change ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ'' ಎಂದರು.

ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯವರು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅಳವಡಿಸುವ ಮೂಲಕ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ಮತ್ತು ಸಾಧನೆ ತೋರಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವಿವೇಚನೆಯಿಲ್ಲದೇ, ಅವಸರ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ರೇಣುಕಾ ಪದ್ಮಾಜೀಯಂತಹ ಹಲವಾರು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಬರುತ್ತವೆ. ಒಂದೇ ದಿವಸದ ದೊಡ್ಡ ಶಿಬಿರಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವಂಕಿಧಾರಣೆ ಮಾಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಜ್ಞಾಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಮಾಡುವುದು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗೆ ತಿಳಿಯಬೇಕಾಗಿದೆ.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

‘‘ವಂಕಿಯನ್ನು ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾಗಿ ಇರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅದು ಗರ್ಭಕೋಶದ ಗುಮ್ಮಟದಲ್ಲಿ ತೂತು ಮಾಡಿ ಅದನ್ನು ಉದರಕೋಶದೊಳಕ್ಕೆ ಸಾಗಹಾಕಬಹುದು. ತೂತು ಬಿದ್ದ ಘಟನೆ ಏಕಾಏಕಿ ನೋವು, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ರಕ್ತೋದ್ರೇಕವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಇನ್ನು ಯಾವ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ತೋರದಿರಬಹುದು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ವಂಕಿಯು ಗರ್ಭಕೋಶದ ಸ್ನಾಯುವಿನಲ್ಲಿ ಬಲವಾಗಿ ಬೇರೂರಬಹುದು. ರಕ್ತೋದ್ರೇಕ ಮತ್ತು ನೋವು ತುಂಬಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ ನುಲಿತ, ಸೊಂಟನೋವು ಕಾಣಿಸಬಹುದು’’ (ಶಂಕರ್ ಪಿ.ಎಸ್:೧೯೯೫;ಪುಟ-೮೪)

ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ಈಗಾಗಲೇ ಹಲವಾರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳು ಭಾರತವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಮಾಡಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕೂಡ ಒಂದು ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಕೆಲವು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಸಾಧನಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗಿದ್ದು ಅನೇಕ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಬೀರುತ್ತಿದ್ದರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಚುಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಇನ್ನು ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. ಬಗ್ಗೆ ನೋಡಿದಾಗ ಇದರ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಈ ಸೋಂಕು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಅನೇಕ ಸೇವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ತನ್ನ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಗಾತಿಗೆ ಕಾಂಡೋಮ್ ಬಳಸಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ದೇಶನ ನೀಡುವ ಹಕ್ಕು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇನ್ನೂ ದೊರೆತಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕತೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದೂರವೇ ಉಳಿದಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರೇ ಬಳಸಬಹುದಾದ ನಿರೋಧ್‌ಗಳು ಇನ್ನೂ ಲಭ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ಪುರುಷರ ಭೋಗದ ವಸ್ತುವಾಗಿ ಕಾಣುವ ಮನೋಭಾವ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿನ್ನೂ ಅಂತರ್ಗತವಾಗಿಯೇ ಇದೆ. ಹೀಗಾಗಿಯೇ ದುರ್ವರ್ತನೆಗಳಾದ ಲೈಂಗಿಕ ಅತ್ಯಾಚಾರಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಲೇ ಸಾಗಿವೆ. ಕುಟುಂಬದೊಳಗಿನ ಅತ್ಯಾಚಾರಗಳೂ ಮಾಮೂಲು. ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹಿಂಸಾಚಾರಗಳು ‘ಹಿಂಸೆ’ಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಂದಾಗಿ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ವೇಗವಾಗಿ ಪಸರಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ದಾದಿಯೊಬ್ಬಳು ಏಡ್ಸ್ ಸೋಂಕಿತ ಮಹಿಳೆಯ ವ್ಯಥೆಯನ್ನು ಹೀಗೆ ವಿವರಿಸುತ್ತಾಳೆ. ‘‘ಇವಳ ಪತಿ ಮಧ್ಯಮ ವಯಸ್ಸಿನವನು. ಬಡತನದ ಬವಣೆಯಿಂದ ಸೊಲ್ಲಾಪೂರ ನಗರಕ್ಕೆ ದುಡಿಯಲು ಹೋಗಿ ಬರುತ್ತಿದ್ದ. ಅಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಜೊತೆ ದೈಹಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಡಿದ್ದರಿಂದ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದೆ. ಅವನು ಒಂದು ದಿನ ಮದ್ಯಪಾನ ಮಾಡಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಬಂದು ತನಗಾಗಿರುವ ಸೋಂಕಿನ ವಿಚಾರವನ್ನು ನನಗೆ ಹೇಳಿದ. ಹಾಗಾದರೆ ನಿನ್ನ ಹೆಂಡತಿ ಜೊತೆ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಡಬೇಡ ಒಂದು ವೇಳೆ ಮಾಡಿದರೂ ‘ನಿರೋಧ್’ ಬಳಸು ಎಂದು ಹೇಳಿ ಅವನಿಗೆ ‘ನಿರೋಧ’ ಕೊಟ್ಟೆ, ಅವನು ಆಯಿತು ಎಂದು ಹೇಳಿ ಹೋದ. ಆದರೂ ಆ ವ್ಯಕ್ತಿ ಈಗಲೂ ಹೆಂಡತಿಯೊಂದಿಗೆ ‘ನಿರೋಧ್’ ಬಳಸದೇ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಬಂಧ ಮುಂದುವರಿಸಿದ್ದಾನೆ ಎಂಬುದು ತಿಳಿದುಬಂದಾಗ ಆ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದರೆ ಇಲ್ರಿ

[illegible]

ಮೇಡಂ, ನಾನು ಯಾವತ್ತೂ ನಿರೋಧ್ ಬಳಸಿಲ್ಲ ಈಗ ಬಳಸಿದರೆ ನನ್ನ ಹೆಂಡತಿಗೆ ಸಂಶಯ ಬರಬಹುದು ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾನೆ.'' ಹೀಗೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಂತೆ ಅದೆಷ್ಟೋ ಪುರುಷರು ಏಡ್ಸ್ ಸೋಂಕನ್ನು ಈ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಹೆಂಡತಿಯರಿಗೆ 'ದಾನ' ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಪೀಡಿತರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಇದ್ದಾರೆ. ಏಡ್ಸ್ ಪೀಡಿತರ ಸಂಖ್ಯೆ ಏರಿಕೆ ಪ್ರಮಾಣ ಆತಂಕ ಮೂಡಿಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅರಿವಿನ ಶಿಬಿರಗಳು, ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ. ಈ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಜನತೆ ಮುಕ್ತ ಮನಸ್ಸನ್ನು ಹೊಂದಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಹೀಗೆ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ರೂಪಗೊಂಡಿದ್ದರೂ ಅದು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿದೆ. ಈ ಅಂಶಗಳು ಗಣನೆಗೆ ಬಂದರೂ ಕೂಡ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನೇ ಇಂತಹ ಅಪಾಯಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಲಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರೂ ಸಹ ಇವುಗಳಿಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತಲೆ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ವಂತ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಮುಕ್ತ ಅವಕಾಶ ಸಿಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ ನಿರ್ಧಾರ ಹಾಗೂ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗಳ ಉಪಯೋಗ, ಆರ್ಥಿಕತೆ ಇತ್ಯಾದಿ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡಾಗ ಮಾತ್ರ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಬರಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇವೆಲ್ಲಾ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವಾದರೆ ಮಹಿಳಾಪರವೆಂದು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಗೋಚರವಾಗುವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನೆಗಳೇನು ಇಲ್ಲ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದು ಅವರಿಗೆ ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಸುಲಭವಾಗಿ ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಅನೇಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕನಸಿನ ಮಾತಾಗುಳಿಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯೇ ಹೆಚ್ಚು.

೪.೨. ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು

ಜನತೆ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರಲು ಆರೋಗ್ಯಕರವಾದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಬೇಕು. ಈ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯಕರ ವಾತಾವರಣ ನಿರ್ಮಿಸಬೇಕಾದರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಬಾರದಂತೆ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಯನ್ನು ವಹಿಸಿ ಇಲ್ಲವೆ ರೋಗವನ್ನು ಬೇಗ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವರ್ಧನೆಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸಂಪೂರ್ಣ ಶಾರೀರಕವಾಗಿ, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವುದು ಪರಿಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಿ, ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ತರಲು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಯಾವುದೇ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಗುಂಪಿಗೆ ಇರಬೇಕಾದಂತಹದಲ್ಲ, ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ, ಗುಂಪಿಗೂ, ವರ್ಗಕ್ಕೂ, ಎಲ್ಲ ವಯಸ್ಸಿನ ಹೆಣ್ಣು ಹಾಗೂ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳಿಗೂ, ಅಕ್ಷರಸ್ಥ-

ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಿಗೂ, ಬಡವ - ಶ್ರೀಮಂತರಿಗೂ ಇರಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ. ಅಂದಾಗ ಮಾತ್ರ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ, ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಗುಂಪಿಗೆ, ಗುಂಪಿನಿಂದ ಗುಂಪಿಗೆ ಮತ್ತು ಗುಂಪಿನಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಉಂಟಾಗಿ, ಎಲ್ಲರೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಹೊಂದಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಅವಿದ್ಯಾವಂತರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಬೇಕೆಂಬ ತಪ್ಪು ಧೋರಣೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಸುಶಿಕ್ಷಿತರೆಂದು ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವ, ಶ್ರೀಮಂತರೆಂದುಕೊಂಡಿರುವ ಕೆಲವು ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಪರಿಜ್ಞಾನ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಇರಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ಹೊಸ ಹೊಸ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳನ್ನು ಜನಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಆಚರಣೆಗೆ ತರಬೇಕಾದರೆ ಅವುಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅವರಿಗೆ ಅರಿವಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ಆ ಸೇವೆಗಳ ಸದುಪಯೋಗ ಪಡೆಯುವಂತೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಕೆಲವು ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಗಳು ಬೇರೂರಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಮನವೊಲಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅವರ ಮನ ಪರಿವರ್ತನೆ ಮಾಡಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೆ ಅವರ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಬದಲಿಸುವ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅಂದಾಗ ಮಾತ್ರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ತಾವೇ ಅರಿಯುವಂತೆ, ಅವರನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ. ಹೀಗೆ ಔಪಚಾರಿಕ ಇಲ್ಲವೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರರಿಗೆ ನೀಡುವುದರಿಂದ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಸಮಾಜ ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ.

ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಈಗಾಗಲೇ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ನಮೂನೆಯ ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು, ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ವಿವಿಧ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

೪.೨.೧. ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು

ಜನತೆಗೆ ಏಕಕಾಲಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ಸಂದೇಶಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಎನ್ನುವರು. ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಸಂದೇಶಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಸಾರವಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ಸಂವಹನವು ಒಂದು ಕಡೆಯಿಂದ ಮತ್ತೊಂದೆಡೆಗೆ ಅಥವಾ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಮತ್ತೊಬ್ಬರಿಗೆ ಮೌಖಿಕ ಅಥವಾ ಮೌಖಿಕೇತರ ಅಂದರೆ ಮಾತಿನ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲವೆ ಬರಹದ ಮೂಲಕ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಮಾತು ಮತ್ತು ದೃಶ್ಯದ ಮೂಲಕ ನಡೆಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ನಡೆಯುವ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯಕ್ಕೆ ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಎನ್ನವರು.

ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಸಂವಹನದ ದಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸಲು ಅದರ ಸಾಮಾರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಹಲವು ಸಾಧನಗಳು ಬಂದಿವೆ. ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗದ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಹಲಗೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ಗಂಟೆಯನ್ನು ಬಡೆದು

ಡಂಗುರ ಸಾರುವ ಮೂಲಕ ಗ್ರಾಮದ ಜನತೆಗೆ ವಿಷಯ ತಿಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಹಾಕಿಕೊಂಡಾಗ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿದ್ದರೆ, ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಾಗ, ಯಾವುದಾದರೂ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಕಾಯಿಲೆ ಹರಡಿದಾಗ ಆ ಕುರಿತು ಜನತೆಗೆ ಏನಾದರೂ ಮುನ್ನಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡುವ ಹೀಗೆ ಹಲವು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲು ಡಂಗುರ ಸಾರಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಈಗಲೂ ಕೆಲವು ಕುಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪದ್ಧತಿ ಇದೆ. ಈಗ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಮುಂದುವರೆದಿದ್ದರಿಂದ ಸಂವಹನಕ್ಕಾಗಿ ವಿವಿಧ ನಮೂನೆಯ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪತ್ರಿಕೆ, ರೇಡಿಯೋ, ದೂರದರ್ಶನಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ಸುದ್ದಿ ಸಮಾಚಾರ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಪ್ರಮುಖ ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಜನಸಂಘಟನೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರುವಲ್ಲಿ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಪಾತ್ರ ಬಹು ದೊಡ್ಡದು. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ, ಮಹಿಳಾ ಜಾಗೃತಿ, ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಈ ಬಗೆಯ ಇನ್ನಿತರ ವಿಷಯಗಳಿಗೂ ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿವೆ.

ಶತಮಾನಗಳಿಂದಲೂ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ಸಮಾಜ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದಿಲ್ಲ ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಶೋಷಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುತ್ತಾ ಅವರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿವೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಹೇರಲಾಗಿದ್ದ ಅನೇಕ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳು, ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳು ಮತ್ತು ನಿರ್ಬಂಧಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನರಿತ ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ವಿರೋಧಿಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿವೆ. ಮಹಿಳಾ ಸ್ವತಂತ್ರದ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಜನಪ್ರಿಯಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸಿವೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಬಲೀಕರಣಗೊಳಿಸುವ, ಜಾಗೃತಗೊಳಿಸುವ, ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಹೊಸ ವಿದ್ಯಮಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಮಾಡುತ್ತ ಬರುತ್ತಲಿವೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ೧೯೬೦ ಮತ್ತು ೧೯೭೦ ರ ದಶಕಗಳು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ತುಂಬಾ ಮಹತ್ವ ದೊರೆತ ದಶಕಗಳಾಗಿವೆ. ಆಗಿನ ಪ್ರಧಾನಿ ಜವಾಹರಲಾಲ ನೆಹರು ಇಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳ ಮೂಲಕ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ತ್ವರಿತವಾಗಿ ಸಾಧಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ತೀರಾ ಅವಶ್ಯಕವೆನಿಸುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ತರಬಹುದೆಂದು ನಂಬಿದ್ದರು. ಅಲ್ಲದೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಸಹಕಾರವು ಸಹ ಅಗತ್ಯವಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನತೆ ಸಹಭಾಗಿಗಳಾಗಬೇಕು ಎನ್ನುವುದು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದವರ ಆಶಯವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಉದ್ದೇಶದಿಂದಾಗಿ ಸರ್ಕಾರ ಮಾಧ್ಯಮಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿತು. ಅಂತೆಯೇ ''ಪ್ರಥಮ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಾಧನೆಯು ಜನರ ಸಹಕಾರ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ. ಮತ್ತು ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಜನಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಜನರು ಆದಷ್ಟೂ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳಬೇಕು ಆಗಲೇ ಅದು ಸಫಲವಾಗುವುದು ಎಂದು ಯೋಜನಾ ಆಯೋಗ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿತ್ತು. ಜನರಿಗೆ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಇರುವ ಮೌಢ್ಯ, ಸ್ವಚ್ಛತಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಬಗ್ಗೆ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಇರುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಇವುಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಿಂತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಬೇರೊಂದಿಲ್ಲವೆಂದು ಯೋಜನಾ ಆಯೋಗವು ಅರಿಯಿತು. ಈ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೇ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸುಸಜ್ಜಿತವಾದ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹಾಗೂ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಚಾರಣಾ ಘಟಕಗಳನ್ನು (ಬ್ಯೂರೋ) ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿತು. ಇದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ, ಪುಟ್ಟದಾದ ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಚಾರಣಾ ವಿಭಾಗವು, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಪ್ರಧಾನ ನಿರ್ವಾಹಕ ಮಂಡಲಿಯು ಭಾರತ ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿತ್ತು. ಪ್ರಥಮ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಚಾರಣಾ ಘಟಕಗಳು ಸ್ಥಾಪಿತವಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಅಭಾವ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಿದ್ದಿರಬಹುದು.'' (ನಿಹಾರಿಕಾ ಎ. ನಾಥ್: ೧೯೯೪; ಪು. ೧೨೦-೧೨೧) ಇದು ಎರಡನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಚಾರಣಾ ಘಟಕ ಪ್ರಾರಂಭವಾಯಿತು. ಅಲ್ಲಿಂದ ಈ ವಿಭಾಗವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಇತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಜನತೆಗೆ ನೀಡುತ್ತಲಿದೆ. ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಈ ಇಲಾಖೆಯು ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ದೊರಕಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ''೧೯ನೇ ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ರೋಗಗಳು ಬಾರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವ 'ಲಸಿಕೆ'ಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಯಿತು. ರೋಗ ಬಾರದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಜನರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಕಡೆಗೆ ಗಮನಹರಿಸುವವರ ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಾಹಿತಿ, ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಂಪರ್ಕ (ಐ.ಇ.ಸಿ) ಎಂಬುದು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಒಂದು ಪರ್ಯಾಯ ಪದ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಇದು ವಿಶಾಲವಾದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.'' (ದೇವರಾಜು ಅಂಕಪುರ. ಬಿ: ೨೦೦೨; ಪು.೨೬೫) ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮತ್ತು ಇತ್ಯಾದಿ ರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ವಿಷಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಸಮೂಹ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರ ಪ್ರಮಾಣ, ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅರಿವು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಲು ದೃಶ್ಯ, ಶ್ರವಣ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಿಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಜನತೆಗೆ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕೆಳಕಂಡ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದೃಶ್ಯ- ಶ್ರವಣ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸಲು ಸತತ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಲಿವೆ.

೧.ಮುದ್ರಿತ ಸಾಹಿತ್ಯ ಸಾಧನಗಳು ೨. ಕಿವಿಯಿಂದ ಕೇಳಬಹುದಾದ ಸಾಧನಗಳು ೩. ಕೇಳುವ ಮತ್ತು ನೋಡುವ ಸಂಪರ್ಕ ಸಾಧನಗಳು ೪. ಪ್ರದರ್ಶಿಸಬಹುದಾದ ಸಂಪರ್ಕ ಸಾಧನಗಳು ೫. ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಜನಪದ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು

೧. ಮುದ್ರಿತ ಸಾಹಿತ್ಯ ಸಾಧನಗಳು

ಸಮೂಹ ಸಂಪರ್ಕ ಮುದ್ರಿತ ಸಾಧನಗಳೆಂದರೆ, ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳು (ಪೋಸ್ಟರ್ಸ್), ಗೋಡೆ ಬರಹಗಳು, ಕರಪತ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಇವುಗಳ ಮೂಲಕ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿಸುವುದರೊಂದಿಗೆ ಜನತೆಯ ಮನೋವೃತ್ತಿ ಬದಲಿಸಲು ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲು ನೆರವಾಗುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ಮುದ್ರಿತ ಸಾಹಿತ್ಯಗಳು ತಮ್ಮದೇ ಆದ ವೈಶಿಷ್ಟತೆ ಪಡೆದಿವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದವುಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪತ್ರಿಕೆಗಳು

ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಅತಿ ವೇಗವಾಗಿ ಮತ್ತು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಜನರಿಗೆ ದೇಶದ ವಿವಿಧ ಮೂಲೆಗಳಿಂದ ಸುದ್ದಿ ತಿಳಿಸುವ, ಸಮಾಜದ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ವಿಮರ್ಶಿಸುವ, ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿವೆ. ಹೀಗೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಅವು ರಾಜಕೀಯ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ, ಕ್ರೀಡಾ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ನೀಡಿದಂತೆ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯನೀಡುತ್ತಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಪತ್ರಿಕೆಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ವಿಶೇಷ ಪುರವಣಿಗಳನ್ನು ತರುತ್ತಿವೆ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ನಿಯತ ಕಾಲಿಕೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿಯೇ ಪ್ರಕಟಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ. ಆದರೂ ಈ ಪತ್ರಿಕೆ ಮತ್ತು ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ಗೃಹಿಣಿ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿಯೇ ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಇವು ಮಹಿಳೆಯರ ಸೌಂದರ್ಯ ಸಾಧನಗಳ ಬಗೆಗೆ, ಸೌಂದರ್ಯ ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ, ವಿವಿಧ ತಿಂಡಿ ತಿನಿಸುಗಳನ್ನು ಮಾಡುವ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡುತ್ತಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಗಮನ ನೀಡಿದರೂ ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಭಿತ್ತಿ ಪತ್ರಗಳು (Posters)

ಗೋಡೆಗಳ ಮೇಲೆ ಅಂಟಿಸುವ ಕೈ ಬರಹ ಅಥವಾ ಮುದ್ರಿತ ಪತ್ರಗಳಿಗೆ ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳೆನ್ನುವರು. ಮುದ್ರಣ ಕಲೆಯ ನಂತರ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಕೂಡ ಒಂದು. ಇಂದು ಭಿತ್ತಿ ಪತ್ರಗಳು ಸರ್ವವ್ಯಾಪಿಯಾಗಿದ್ದು, ಎಲ್ಲೆಂದರಲ್ಲಿ ಕಾಣಲು ಸಿಗುತ್ತವೆ. ಇವು ಯಾವುದಾದರು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಿರುತ್ತವೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನರಿಗೆ ಪರಿಚಯಿಸಲು ಮತ್ತು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಾಹಿತಿ ತಲುಪಿಸಲು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತದೆ. ಬಣ್ಣದ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಭಿತ್ತಿ ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಆಕರ್ಷಕವಾಗಿ ಮುದ್ರಿಸಿ ಜನಸಂಚಾರದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಗೋಡೆಗಳಿಗೆ ಹಚ್ಚುವರು. ಇದು ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದ್ದಾಗಿದ್ದು ಬಹುಪಾಲು ಜನರನ್ನು ತಲುಪಬಲ್ಲ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರು ಮತ್ತು ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇವುಗಳು ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ.

[illegible]

ಗೋಡೆ ಬರಹ

ದೊಡ್ಡ ಕಟ್ಟಡಗಳ ಮೇಲೆ, ಗೋಡೆಗಳ ಮೇಲೆ ಬಣ್ಣದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಸುಣ್ಣದಲ್ಲಿ ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಬರೆದಿರುವ ವಾಕ್ಯಗಳನ್ನು ಗೋಡೆ ಬರಹಗಳೆನ್ನುವರು. ಇವು ಕೂಡ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಂತೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಜನಸಂಚಾರ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಮುಖ್ಯ ಬೀದಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಗೋಡೆ ಬರಹಗಳನ್ನು ಬರೆಯಲಾಗುವುದರಿಂದ ಜನರ ಗಮನವನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಇವು ಸೆಳೆಯಬಲ್ಲವು. ಜೊತೆಗೆ ಇವುಗಳ ಮೂಲಕ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಸಂವಹನ ಕ್ರಿಯೆ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ದಪ್ಪಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಬಣ್ಣಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಈ ಬರಹಗಳನ್ನು ಬರೆದಿರುವುದರಿಂದ ಓದುಗರ ಮತ್ತು ನೋಡುಗರಿಗೆ ವಿಷಯವನ್ನು ಸಂವಹನಿಸಿ ಅತಿ ಬೇಗ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಲು, ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ, ಎದೆಹಾಲಿನ ಮಹತ್ವ, ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಹೀಗೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಗೋಡೆಗಳ ಮೇಲೆ ಬರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯ ಜನರಿಗೂ ಸಂವಹನ ಸಾಧ್ಯ ಆದರೆ ಇದರ ಮುಖ್ಯ ಕೊರತೆ ಎಂದರೆ ಇದು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ಸಮೂಹ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿ 'ಕಟ್‌ಔಟ್ಸ್'ಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ, ಸ್ಥಳೀಯ ಜನರ ಆಯಾ ಸಂದರ್ಭದ ಅನಾರೋಗ್ಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ ಪ್ರೇಕ್ಷಕರಿಗೆ ಅರ್ಥವಾಗುವಂತೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೇಕ್ಷಕರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯಲು ಅಲಂಕಾರಿಕವಾಗಿ ವಿಷಯವನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ, ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಕೂಡ ಕಟ್‌ಔಟ್ಸ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸಿ ಜನಜಂಗುಳಿ ಸೇರುವ ಕಡೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮತ್ತು ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮುಂದುಗಡೆ ಕಟ್‌ಔಟ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ಇಡಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಕೂಡ ಸಂವಹನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದ್ದು ಅದರಲ್ಲೂ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ.

ಕರಪತ್ರಗಳು (ಹ್ಯಾಂಡ್‌ಬಿಲ್ಸ್)

ಕೈಯಲ್ಲಿ ಹಿಡಿದು ಓದಬಹುದಾದ ಮುದ್ರಿತ ಅಥವಾ ಬರಹದ ಪತ್ರಗಳಿಗೆ ಕರಪತ್ರಗಳೆಂದು ಹೆಸರು. ಕರಪತ್ರಗಳು ಇಂದಿನ ವ್ಯವಹಾರಿಕ ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ. ಇವುಗಳ ಗಾತ್ರವು ಅಂಗೈ ಅಗಲದಿಂದ ಹಿಡಿದು ದೊಡ್ಡ ಹಾಳೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಮೊದಲು ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಚಲನಚಿತ್ರ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಕರಪತ್ರಗಳನ್ನು ಇಂದು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ.ರೇಡಿಯೋ, ದೂರದರ್ಶನ, ದಿನಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಜಾಹೀರಾತು ನೀಡುವುದು ದುಬಾರಿಯಾದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಕರಪತ್ರಗಳ ಮೊರೆ ಹೋಗುತ್ತಿದೆ. ಕರಪತ್ರಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಅನುಕೂಲಕರವಾದ್ದರಿಂದ ಇವು ಒಳ್ಳೆಯ ಸಂವಹನ ಸಾಧನಗಳಾಗಿವೆ.

[illegible]

ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯು, ಇಲಾಖೆಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು, ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ , ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರ, ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕರಪತ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಸುಲಭವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಇನ್ನುಳಿದ ಜನತೆಗೆ ತಲುಪಿಸುವರು. ಹಾಗೆಯೇ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆ, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು, ಸಿಡುಬು, ಏಡ್ಸ್, ಕುಷ್ಠರೋಗ, ನೇತ್ರ ತಪಾಸಣೆಯ ಬಗೆಗೆ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕತೆ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆಯ ಬಗೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಎಲ್ಲಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕೂಡ ಕರಪತ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಜನತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿಗೆ ಲಯನ್ಸ್ ಸಂಸ್ಥೆ, ರೋಟರಿ ಸಂಸ್ಥೆ, ರೆಡ್‌ಕ್ರಾಸ್ ನಂತಹ ಸಮಾಜ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಉಚಿತವಾಗಿ ನಡೆಸುವ ರಕ್ತದಾನ ಶಿಬಿರ, ನೇತ್ರದಾನ ಶಿಬಿರ, ಉಚಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ, ಇನ್ನಿತರ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ಸುದ್ದಿ ನೀಡಲು ಕರಪತ್ರಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ.

ಕರಪತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ತಿಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತು ದೀರ್ಘ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ಕೆಲ ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಕರಪತ್ರಗಳು ಹೊಂದಿದ್ದರೂ ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅಕ್ಷರಸ್ಥ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಇವು ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಪುಸ್ತಕಗಳು

ಪುಸ್ತಕ: ಒಂದು ಗಂಭೀರವಾದ ಸಂಹವನ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿದ್ದು, ಹೇಳಲೇಬೇಕಾದ ವಿಷಯವನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಖಚಿತವಾಗಿ ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಮಂಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಮತ್ತು ಕ್ರಮಬದ್ಧವಾಗಿ ಕೊಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಓದುಗರ ಅನುಕೂಲಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಕಾಲದಲ್ಲೂ ಎಲ್ಲಾ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಾತಿನ ಮೂಲಕ ಉಂಟಾಗುವ ಗೊಂದಲ ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಮುದ್ರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಆದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ವತಿಯಿಂದ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇವುಗಳನ್ನು ಕೇವಲ ಆರೋಗ್ಯ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ವೈದ್ಯರಿಗೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ತಲುಪಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗೊಂದು ವೇಳೆ ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಿದರೂ ಪುಸ್ತಕಗಳು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಿಗೆ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

೨. ಕಿವಿಯಿಂದ ಕೇಳಬಹುದಾದ ಸಾಧನಗಳು (Audios)

ರೇಡಿಯೋ, ಟೇಪ್‌ರೆಕಾರ್ಡರ್ಸ್, ಮೈಕ್ರೋಫೋನ್ಸ್, ಮುಂತಾದವು ಈ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರುತ್ತವೆ. ಅವು ಹೇಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಂವಹನಿಸುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ರೇಡಿಯೋ: ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸರಕಾರದ ಅಧೀನದಲ್ಲಿಯೇ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆಕಾಶವಾಣಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಗಮನಕೊಡುತ್ತಿದೆ. ಇಂತಹ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಬಗೆಗೆ ಆಕಾಶವಾಣಿ ತುಂಬಾ ಮಹತ್ವದ ಸಾಧನೆ ಮಾಡಿದೆ. ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಆಕಾಶವಾಣಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಜನಾರೋಗ್ಯ

[illegible]

ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪಸರಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಅಗತ್ಯ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸಾಧನೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸಂಭಾಷಣೆ, ಪ್ರಶ್ನೋತ್ತರ ಇಲ್ಲವೆ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶನ ನಡೆಸಿ ಅವರಿಂದ ಸಲಹೆ ಕೊಡುವಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಪ್ರಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದವು. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಸಂವಹನ ಮಾಡಲು ಸಂವಹನ ತಜ್ಞರ ಸಲಹೆಯಂತೆ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿ ಆಕಾಶವಾಣಿಯ ಪ್ರಧಾನ ನಿಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಘಟಕ ಸ್ಥಾಪನೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಈ ಘಟಕದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಹೊಸ ರೂಪ ಕೊಡುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಆಕಾಶವಾಣಿ ನಿಲಯಗಳು ಪ್ರಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಫಲವಾದವು.

ಈಗಲೂ ರೇಡಿಯೋ ಈ ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಭಿತ್ತರಿಸುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸುತ್ತೇವೆ. ಪ್ರಪಂಚದ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಘಟನೆಯನ್ನು ಅತಿ ವೇಗವಾಗಿ ತಲುಪಿಸುವತ್ತ ದಕ್ಷವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ತಾಜಾ ಸುದ್ದಿಗಳಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿ ಬೆಳಕು ಹರಿಯುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ಶ್ರೋತೃವರ್ಗಕ್ಕೆ ತಲುಪಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅತ್ಯಂತ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಸಮಾಜವನ್ನು ತಿದ್ದುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಈ ಮಾಧ್ಯಮ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರೇಡಿಯೋದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಪ್ರಸಾರವಾಗುತ್ತವೆ. ಪರಿಣಿತ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕರೆಯಿಸಿ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಿ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯುವಂತೆ ನೇರ ಫೋನ್- ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮತ್ತು ಬಲ್ಲವರಿಂದ ರೇಡಿಯೋದಲ್ಲಿ ಋತುಮಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಿಡುಗುಗಳಂತೆ ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಏಡ್ಸ್‌ನಂತಹ ಜ್ವಲಂತ ಸಮಸ್ಯೆ ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಉಪನ್ಯಾಸ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕೇಂದ್ರವಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಅಂದರೆ, ಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕತೆ, ಬಾಣಂತಿಯರ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯತೆ ಹೆಣ್ಣು ಶಿಶುಹತ್ಯೆ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೀಗೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ರೂಪಕ ಇಲ್ಲವೆ ನಾಟಕಗಳ ಮೂಲಕ ರೇಡಿಯೋದಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೀಗೆ ನಾಟಕ ಮತ್ತು ರೂಪಕಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವನ್ನು ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಕಾಶವಾಣಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಸಲಕರಣೆಗಳು ಎಲ್ಲಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕೂಡ ಬಿತ್ತರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ ಉದಾ: ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ. ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಆಕಾಶವಾಣಿ ಮಹತ್ವದ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪೋಲಿಯೋ ವಿರುದ್ಧಲಸಿಕೆ ಹಾಕುವ ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅದ್ಭುತ ಯಶಸ್ಸು ವಿಶ್ವದ ಗಮನ ಸೆಳೆದಿತ್ತು. ಈ ರೀತಿಯ ಯಶಸ್ಸಿನ ಹಿಂದೆ ಆಕಾಶವಾಣಿಯ ಪಾತ್ರ ಬಹು

ಮಹತ್ವದ್ದು ಎಂದರೆ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ನಡೆಸಿದ ಅಥವಾ ನಡೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆಕಾಶವಾಣಿಯಲ್ಲಿ ಬಿತ್ತರಿಸುವಂತೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಟೇಪ್‌ರೆಕಾರ್ಡ್ ಮತ್ತು ಸ್ಪೀಕರಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಸಂವಹನ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ: ಕೆಲವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಏನಾದರು ಸಂದೇಶವನ್ನು ತಲುಪಿಸಬೇಕಾದರೆ, ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಬೇಕಾದ ವಿಷಯವನ್ನು ಕ್ಯಾಸೆಟ್‌ಗಳಲ್ಲಿ (ಧ್ವನಿಮುದ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ) ರೆಕಾರ್ಡ್ ಮಾಡಿ, ಆಟೋಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಪೀಕರ್‌ಗಳನ್ನು (ಧ್ವನಿವರ್ಧಕಗಳನ್ನು) ಅಳವಡಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಊರೆಲ್ಲ ಸುತ್ತಿ ಜನರಿಗೆ ವಿಷಯ ತಲುಪಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಉದಾ: ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು ಬೇಟಿ ನೀಡುವವರಿದ್ದರೆ ಅವರು ಬರಲಿರುವ ದಿನ ಮತ್ತು ಆ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಬೇಟಿಯಾಗಬೇಕಾದ ಸಮಯ ಇವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವ, ಒಂದೆರಡುದಿನ ಮುಂಚಿತವಾಗಿಯೇ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ದಿನವನ್ನು ತಿಳಿಸುವ ಹೀಗೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಆಟೋಗಳಲ್ಲಿ ಧ್ವನಿವರ್ಧಕ ಮತ್ತು ಟೇಪ್‌ರೆಕಾರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಸಂವಹನ ಮಾಡುವ ಕ್ರಮ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ.

೩. ಕೇಳುವ ಮತ್ತು ನೋಡುವ ಸಂಪರ್ಕ ಸಾಧನಗಳು(Audio and visual)

ದೂರದರ್ಶನ: ದೂರದರ್ಶನ ಬೆಳೆದಂತೆ ಅದರ ವೀಕ್ಷಕರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಬಗೆಗೆ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಾರ ಮಾಡುತ್ತಲಿದೆ. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಈ ವಿಷಯವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲು ಇದ್ದ ಸಂಕೋಚದ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಆಕಾಶವಾಣಿಯಷ್ಟೇ ದೂರದರ್ಶನವೂ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ದೂರದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ನಿರೋಧ, ಮಾಲಾ-ಡಿ, ಕಾಪರ್-ಟಿ, ಮುಂತಾದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸಾಧನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜಾಹೀರಾತುಗಳನ್ನು ಹಲವು ವೀಕ್ಷಕ ವರ್ಗಗಳು ವಿರೋಧಿಸಿರೂ ಈ ವಿರೋಧದ ನಡುವೆಯೂ ದೂರದರ್ಶನವು ಈ ರೀತಿಯ ಜಾಹೀರಾತುಗಳ ಪ್ರಸಾರವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ದೂರದರ್ಶನದ ಪಾತ್ರ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ. ಈ ಮಾಧ್ಯಮವು ಜನರ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮ ಮತ್ತು ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಟಿ. ವಿ ನಾಟಕದ ಮೂಲಕ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಲಿದೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ದೂರದರ್ಶನವು ಶಬ್ದದ ಜೊತೆಗೆ ದೃಶ್ಯವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಇತರ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಆಕರ್ಷಣೀಯವಾಗಿದ್ದು, ಅಕ್ಷರಸ್ಥ, ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಜನಸಮೂಹವನ್ನು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಮಕ್ಕಳ, ಮುದುಕರ ಹೀಗೆ ಎಲ್ಲ ವಯೋಮಾನದವರಿಗೂ ತುಂಬಾ ಇಷ್ಟವಾದ ಮಾಧ್ಯಮ ವಿದಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಟಿ.ವಿ.ಯನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ದೂರದರ್ಶನ ಆಧಾರಿತ ಉಪಗ್ರಹಗಳ ಸೇವೆಯನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪೋಲಿಯೋ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಗ್ಗೆ ರಾಜ್ಯಾದ್ಯಂತ ಪ್ರೇಕ್ಷಕರು ಕೇಳಿದ

ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಟಿ.ವಿ.ಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೀಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ದೂರದರ್ಶನದ ಪಾತ್ರ ಕೂಡ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆ.

ಚಲನಚಿತ್ರ ಮಾಧ್ಯಮ:

ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಶೀಲ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ನೈರ್ಮಲ್ಯದಂತಹ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಲು, ಶಿಕ್ಷಣದ ಅವಕಾಶಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾದವರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸಲು ಅತ್ಯಂತ ಜನಪ್ರಿಯ ಮಾಧ್ಯಮವಾದ ಚಲನಚಿತ್ರ ಮಾಧ್ಯಮವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎನ್ನುವ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ ವಿಶ್ವಸಂಸ್ಥೆಯ ಹಲವು ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ರೀತಿಯ ಸಂವಹನಕ್ಕಾಗಿ ಚಲನಚಿತ್ರ ಮಾಧ್ಯಮಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಪ್ರೇರೇಪಿಸಿದವು. ಈ ಮಾಧ್ಯಮ ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಕಾತುರತೆ, ವಿವಿಧ ಸಂವೇದನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಆಸಕ್ತಿಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವಿವಿಧ ನವರಸ ಭರಿತ ಪ್ರದರ್ಶನಕ್ಕೆ ಹೆಸರುವಾಸಿಯಾಗಿದೆ. ಕಲಿಕೆ ಸುಲಭ, ಆಕರ್ಷಕ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಕಲಿತ ವಿಷಯ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ. ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವುದು ಉತ್ತಮ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿದ್ದು ಇದು ಜ್ಞಾನದ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುವ ಅನೇಕ ಚಿತ್ರಗಳಿವೆ (ಫಿಲಂಸ್ಲೈಡ್ಸ್ ಮುಖಾಂತರವು ಆನೇಕ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಜಾಹೀರಾತು ರೂಪದಲ್ಲಿ ನೀಡುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.) ಬಹು ಜನತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಬಹುದಾದ ಈ ಮಾಧ್ಯಮವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಬಹುಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

೪. ಪ್ರದರ್ಶಿಸಬಹುದಾದ ಸಾಧನಗಳು (projected aids):

ಪ್ರದರ್ಶಿಸಬಹುದಾದ ಸಂಪರ್ಕ ಸಾಧನಗಳೆಂದರೆ ಫಿಲಂ, ಸ್ಟ್ರಿಪ್ಟ್ ಪ್ರೊಜಕ್ಟರ್, ಓವರ್ ಹೆಡ್ ಪ್ರೊಜೆಕ್ಟರ್, ಸ್ಲೈಡ್ಸ್ ಮುಂತಾದವು. ಇದೊಂದು ಬಹುಮುಖ್ಯ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮ. ಇದರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪೋಟೋಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಅವುಗಳನ್ನು ಫಿಲಂಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸಿ ಬಿಳಿ ಪರದೆಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲಾಗುವುದು ಇದನ್ನು ಕೇಳುವ ಮತ್ತು ನೋಡುವ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿಯೂ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಸಾಧನವು ಉಪಯುಕ್ತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ನಿಜಜೀವನದ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಚಿತ್ರಿಸುತ್ತದೆ, ಸ್ವತಃ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತಹ ಸಾಧನ, ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಪ್ರೇಕ್ಷಕರ ಮೇಲೆ ಮರೆಯಲಾಗದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ರಾಜ್ಯಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಫಿಲಂಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಿ ಜನ ಜಾಗೃತಿಗಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಫಿಲಂ ಸ್ಲೈಡ್ಸ್: ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಲೈಡ್ಸ್ ತಯಾರಿಸಿ ಚಲನಚಿತ್ರ ಮಂದಿರಗಳಲ್ಲಿ ಜಾಹೀರಾತು ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರದರ್ಶಿಸುವುದು, ಸಾಮೂಹಿಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶಿಬಿರ ಮುಂತಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಫಿಲಂ ಸ್ಲೈಡ್ಸ್ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಫಿಲಂ ಸ್ಟ್ರಿಪ್ಸ್: ಫಿಲಂ ಸ್ಲೈಡ್‌ಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಯಾರಿಸಿ 'ಸ್ಟ್ರಿಪ್ಟ್ ಪ್ರೊಜೆಕ್ಟರ್' ಮುಖಾಂತರ ಪ್ರದರ್ಶಿಸುವದು. ಇದನ್ನು 'ಸ್ಥಿರ ಚಿತ್ರಪ್ರದರ್ಶನ' ಎನ್ನುವರು. ಈ ಸಾಧನವನ್ನು ಗುಂಪು ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಗೆ ಬಳಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶಿಬಿರದಲ್ಲಿ ಪೋಷಕರ ಸಭೆ, ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳು, ಗ್ರಾಮಸಭೆಗಳು ಮತ್ತು ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಓವರ್‌ಹೆಡ್ ಪ್ರೊಜೆಕ್ಟರ್: ಪಾರದರ್ಶಕ ಹಾಳೆಗಳ ಮೇಲೆ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಂದೇಶಗಳನ್ನು ಚಿತ್ರಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿ, ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿ 'ಮಾರ್ಕರ್' ಪೆನ್ನಿನಿಂದ ಬರೆದು ಈ ಹಾಳೆಗಳನ್ನು ಓವರ್ ಹೆಡ್ ಪ್ರೊಜೆಕ್ಟರ್(O. H. P.) ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಸೆಮಿನರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ.

೫. ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಜನಪದ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು (Folk Medias)

ಭಾರತ ಪುರಾತನ ದೇಶ. ಜನತೆ ದೇವರಲ್ಲಿ ಭಯ ಭಕ್ತಿ ಉಳ್ಳವರಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಪುರಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಬರುವ ದೃಷ್ಟಾಂತಗಳು, ಕಥೆಗಳು, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಮನದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿನ ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಜನರಿಗೆ ಅರಿವುಂಟುಮಾಡಿ ಮನವೊಲಿಸುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂಬಂಧ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಜನಪದ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ಗಮನಹರಿಸಿದೆ.

ಜನಪದ ಗೀತೆ, ಜನಪದ ನೃತ್ಯ, ಲಾವಣಿ, ಯಕ್ಷಗಾನ, ತೊಗಲು ಗೊಂಬೆಯಾಟ ಮತ್ತು ಬೀದಿನಾಟಕಗಳ ಮೂಲಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಜನಪದ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಕಲಾತ್ಮಕ ಹಾವಭಾವ ಮತ್ತು ಜನಭರಿತ ಮನರಂಜನೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಜನತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಒಂದು ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಇದು ಸ್ಥಳೀಯ ಜನರ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರ ಮನೋವೃತ್ತಿ-ಭಾವನೆ ಬದಲಿಸುವುದು ಸುಲಭವೆಂದು ಅರಿತು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಜನಪದ ಮಾಧ್ಯಮವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಉದಾ: ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ತೊಗಲುಗೊಂಬೆ ಆಟದ ಮೂಲಕ ಮಿತ ಸಂತಾನ, ಏಡ್ಸ್‌ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಜನಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ.

ಈ ವರೆಗೂ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಇತರ ಜನತೆಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯಾವ ಯಾವ ಬಗೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ನೋಡಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಿದ್ದಾಗಲೂ ಕೂಡ ಇಂದಿಗೂ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗಿಂತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು

ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಅಧಿಕವಾಗಿರುವುದು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಅದರಲ್ಲೂ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಕ್ಷರತೆ ಮತ್ತು ಅಜ್ಞಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಎಷ್ಟೇ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಸಂವಹನ ಮಾಡಿದರೂ ಕೂಡ ಇವರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮಟ್ಟ ಉತ್ತಮವಾಗಿಲ್ಲ ಕಾರಣ ಬಹುಪಾಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಇಂದಿಗೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತಲಿದೆ.

ಈ ರೀತಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ಮಹಿಳೆಯರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲೂ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸದಿರುವುದು, ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ತಲುಪಿಸುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವುದು, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಸರಕಾರ ಮಂಜೂರು ಮಾಡದೇ ಇರುವುದು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳು ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ನಾವಿಂದಿಗೂ ಕೂಡ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟ ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

೪.೨.೨. ವೈದ್ಯರ ಮೂಲಕ

ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಸೇವೆಯನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಬಹುಮುಖ್ಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

* ವೈದ್ಯರು ಸಮುದಾಯ ಹಂತದಲ್ಲಿನ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಸಭೆ ಕರೆದು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಬೇಕು ಎಂಬುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಮನವರಿಕೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ.
* ವೈದ್ಯರು ಮಹಿಳಾ ಸ್ವಾಸ್ಥ ಸಂಘಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಹದಿಹರೆಯದವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಕುರಿತು, ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಬಗೆಗೂ ಹೀಗೆ ಹತ್ತು ಹಲವು ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಈ ಮಹಿಳಾ ಸ್ವಾಸ್ಥ ಸಂಘಗಳಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನತೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ದೂರಮಾಡಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೆಲವು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಸೇವಿಸಬೇಕು ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವೆಂಬುದರ ಕುರಿತು ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತಾರೆ.

[illegible]

* ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರವನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಿದಾಗ ಅದರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶಿಬಿರಕ್ಕೆ ಬಂದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹಾಗೂ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯ ಕುರಿತು ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಇನ್ನಿತರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಸಾಂಕ್ರಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬಂದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅವರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಳಕೆಯ ಬಗೆಗೂ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ವೈದ್ಯರದು. ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಮೇಲೆ ಉಸ್ತುವಾರಿ ಕೂಡ ಇವರದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಶಾಶ್ವತ ಹಾಗೂ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲು ಈ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ 'ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ' ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕ

ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕರನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕ ಒಬ್ಬ ತಂತ್ರಜ್ಞನಿದ್ದಂತೆ. (ಟೆಕ್ನಿಕಲ್ ಪರಸನ್) ಈ ಶಿಕ್ಷಕನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನಗಳಂತಹ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅರ್ಥವಾಗುವಂತೆ ಭೋದಿಸುತ್ತಾನೆ. ಜನರಲ್ಲಿ ರೂಢಿಗತವಾಗಿ ಬಂದಿರುವ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ತಪ್ಪು ತಿಳುವಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಲು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತಾನೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕ ಮೊದಲು ಆರೋಗ್ಯದ ಅಗತ್ಯತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಿ, ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತಾನೆ.

ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕ ಒಬ್ಬ 'ಬದಲಾವಣೆಯ ಹರಿಕಾರನಾಗಿ' ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ. ಸಮಾಜದಲ್ಲಿರುವ ಗುಂಪುಗಳ ಭಾವನೆಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಜನರಿಗೆ ಹೇಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡಬೇಕು, ಯಾವ ಯಾವ ಸಂದರ್ಭ, ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬುದು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕನಿಗೆ ತಿಳಿದಿರುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕನು ಸರಿಯಾದ ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರದ

ಪ್ರಜ್ಞೆಯಿಂದ, ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಪದ್ಧತಿಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಸಾಮರಸ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಗುಂಪಿನ ಮುಖಾಂತರ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ.

ಆದರೆ ಈ ಭಾಗದ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕರಿರುವುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕರ ಹುದ್ದೆಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅರಿವು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತಿದೆ.

೪.೨.೩. ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಕಿಯರ ಮೂಲಕ

* ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸೇವೆ ತಲುಪಿಸುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಪಾತ್ರ ಎಷ್ಟು ಮುಖ್ಯವೋ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಪಾತ್ರವು ಕೂಡ ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇವರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಚಾರದೊಂದಿಗೆ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸಿ ಇರುವಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಲು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಶ್ರಮವಹಿಸಿ ದುಡಿಯುತ್ತಾರೆ. ಅಂದರೆ ಕಾಪರ್-ಟಿ, ನಿರೋದ್ ಹಂಚಿಕೆ, ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಯೋಜನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಮನೆ ಮನೆಗೂ ಹಂಚಿ ಸಾಕಷ್ಟು ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ.
* ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇವರ ಸೇವೆ ಅತ್ಯುಪಯುಕ್ತವಾಗಿದೆ. ಈಗ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲೂ, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಕೂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರನ್ನು ನೇಮಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವರಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ನರ್ಸ ತರಬೇತಿ ಆಗಿರುವುದರಿಂದ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ದಾದಿಯಂತೆಯೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬಲ್ಲಳು ಮತ್ತು ಸೂಲಗಿತ್ತಿ ತರಬೇತಿಯೂ ಆಗಿರುವುದರಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವೆ ಮಾಡುತ್ತಾಳೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆಮನೆಗೂ ಹೋಗಿ, ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿ, ಅವರಿಗೆ ತನ್ನಿಂದ ಆಗಬಹುದಾದ ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿ, ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದ್ದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಸಿ, ಮುಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅವಕಾಶಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೂ ಆದ್ಯ ಗಮನ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ.
* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಚಾರ ಬಂದಾಗ ಸಹ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಹಿಳೆ ನಿರೋಧ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಕ್ರಮವನ್ನು ಸಹ (ಗಂಡಸರ ಎದುರಿಗೆ) ಯಾವ ಸಂಕೋಚವೂ ಇಲ್ಲದೆ ತಿಳಿಸುತ್ತಾ ಅಥವಾ ದಂಪತಿಗಳಿಗೆ ದಾಂಪತ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾಳೆ.

* ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಬಹಳ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಸಿಗುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಹೇಳುತ್ತಾರೆ.

* ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ, ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಅನಗತ್ಯವಾಗಿ ಔಷಧಿ ಸೇವಿಸದೇ ಇರುವ ಬಗ್ಗೆ, ಸ್ತನಗಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಬೆಳಗಿನ ವಾಂತಿ, ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವರು. ಅಲ್ಲದೆ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘದ ಸದಸ್ಯರು ಸಮುದಾಯದ ಮುಖಂಡರುಗಳಿಗೂ ಸಹ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವರು.

* ತನ್ನ ಪ್ರದೇಶದ ಎಲ್ಲಾ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಮತ್ತು ಹುಟ್ಟಿದ ಮಕ್ಕಳ ದಾಖಲೆ ಇಡಬೇಕಾದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮೇಲೆ ಇದೆ.

* ಫಲಾನುಭವಿಗಳನ್ನು ಒಂದೆಡೆ ಸೇರಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಮುಖಂಡರನ್ನು ಬೇಟಿಮಾಡಿ (ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೆಲಸಗಾರರು, ತರಬೇತಿ ಪಡೆಯದ ಹೆರಿಗೆ ದಾಯಿ, ಗ್ರಾಮದ ಮುಖಂಡರು) ಅವರ ಸಹಾಯದೊಂದಿಗೆ ಗ್ರಾಮದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪಡೆದು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯದವರೂ, ಇಲ್ಲ ಮಧ್ಯದಲ್ಲೇ ಬಿಟ್ಟವರು ಇಂಥವರನ್ನು ಒಂದೆಡೆ ಸೇರಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೇಲಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ಇರುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಉಪಯೋಗ ಪಡೆಯುವ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರದು.

* ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಜನರೊಂದಿಗೆ ಕುಳಿತು ಅವರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಯೋಜಿಸಿ, ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದು 'ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯ' ಬಹುಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಶವಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಬಲಪಡಿಸಿ, ಗ್ರಾಮದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಎಂದು ಜನರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೇಲಿದೆ.

* ಈ ಹಿಂದಿನ ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮಹಿಳೆಯು ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದಾಗಿನಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಆರಂಭವಾಗುತ್ತಿದ್ದವು. ಆದರೆ ಈಗ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಆರಂಭವಾಗಿ ಜೀವನದ ಅಂತ್ಯದವರೆಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟು, ಮುಟ್ಟಾಗುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ, ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿನ ದೈಹಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ಜನನಾಂಗಗಳ ಸ್ವಚ್ಛತೆ, ಮುಟ್ಟಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಚ್ಛತಾ ವಿಧಾನಗಳು ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

* ಮಹಿಳಾ ಮಂಡಳಿಗಳ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ, ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳ ಸದಸ್ಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಕೇಳಿ ಅವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯದ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮನವೊಲಿಸಿ ಸಲಹೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ.

[illegible]

* ತಂದೆ ತಾಯಿಗಳಿಗೆ ತಮ್ಮ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುತ್ತಾರೆ.
* ಪ್ರತಿ ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಬೇಟಿಯಲ್ಲೂ ಕುಟುಂಬದವರೊಡನೆ ಚರ್ಚೆಮಾಡಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಹೆರಿಗೆಯಾಗುವಂತೆ ಅವರನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಹೆರಿಗೆ ಆಗುವದರಿಂದ ಆಗುವ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ತೊಡಕುಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ತಕ್ಷಣ ಆಕೆಯನ್ನು ಅತೀ ಸಮೀಪದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಕರೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗಲು ಕುಟುಂಬದವರಿಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಕುಷ್ಟರೋಗ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಇನ್ನಿತರ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಪ್ರತಿ ಗುರುವಾರ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿದ್ದು ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ತಾಯಂದಿರ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ (೨೦-೩೦ ಜನರಿಗೆ) ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವರು. ಈ ಎಲ್ಲದರ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ (LHV) ಹಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರದ್ದು, ಒಂದು ವೇಳೆ ಬಿಡುವಿದ್ದರೆ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಬಂದು ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ.
* ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿರುವ (೧೫-೨೦ ಜನರಿರುವ) ಮಹಿಳಾ ಸಂಘಗಳಿಗೆ ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆ ಸಂಘಗಳು ತಮ್ಮ ಗ್ರಾಮದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ.
* ಏಡ್ಸ್, ಶುಚಿತ್ವದಂತ ಇನ್ನಿತರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಪಾತ್ರ ಬಹುಮುಖ್ಯ.
* ಋತುಮಾನಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಬರುವ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿ ತಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುತ್ತಾರೆ. ತಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲದೇ ಹೋದರೆ ಔಷಧಿ ಚೀಟಿಯನ್ನು ಬರೆದು ಕೊಡುತ್ತಾರೆ.
* BPL ಕಡುಬಡ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ರೂ, ೫೦೦/- ಸಹಾಯ ಧನ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಗೆ ರೂ, ೭೦೦/- ಸಹಾಯಧನ (೫೦೦+೨೦೦) ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಡಾಂತರ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಲು ಸರಕಾರಿ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ, ೧೫೦೦/- (೭೦೦+೮೦೦) ನೀಡಲಾಗುವುದು. ತಕ್ಷಣ ಅರ್ಹ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಹಣ ವಿತರಿಸಲೆಂದು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಬಳಿ ರೂ, ೫೦೦೦/- ಮುಂಗಡ ಹಣ ಇದ್ದು ಈ ಪೈಕಿ ರೂ ೧೫೦೦/- ನಗದಾಗಿ ಯಾವಾಗಲೂ ಇರುತ್ತದೆ. ಈ ಸೇವೆಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮೇಲಿದೆ.

* ಪ್ರತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಕ್ಕೂ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಒಂದು ಮುಕ್ತ ನಿಧಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ನಿಧಿ ಸ್ಥಳೀಯ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ನಿಧಿಯ ಮೊತ್ತ ವಾರ್ಷಿಕ ರೂ.೧೦,೦೦೦ ಗಳ ಈ ನಿಧಿಯನ್ನು ಎ.ಎನ್.ಎಂ ಮತ್ತು ಸರಪಂಚರ ಜಂಟಿ ಹೆಸರಿನ ಜಂಟಿ ಖಾತೆಯಲ್ಲಿರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಗ್ರಾಮದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಯ ಸಲಹೆಯೊಂದಿಗೆ ಎ.ಎನ್.ಎಂ ರವರು ಈ ಖಾತೆಯನ್ನು ಆಪರೇಟಮಾಡುವರು.

  ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಪಾತ್ರ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾದುದು.

೪.೨.೪. ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೂಲಕ

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ಮಹತ್ವವಾದದ್ದು ಏಕೆಂದರೆ ಸರಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಇವರು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

* ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಇವರ ಪಾತ್ರ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ಮನೆ ಮನೆಗೆ ಬೇಟಿ ನೀಡಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿದ್ದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ಅಗತ್ಯತೆ, ಸ್ವಚ್ಛತೆ, ಹುಟ್ಟಿದ ಶಿಶುಗಳ ಪಾಲನೆ ಪೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ವಹಿಸಬೇಕಾದ ಮುಂಜಾಗ್ರತಿ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವರು.

* ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಸರಕಾರ ನಿಗದಿ ಪಡಿಸಿದ (ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಸಿಜೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಯಾದಲ್ಲಿ ರೂ,೧೫೦೦/- ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದವರಿಗೆ ರೂ, ೭೦೦/- ಮತ್ತು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದರೆ ರೂ, ೫೦೦/- ಗಳನ್ನುಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ.) ಸಹಾಯಧನವನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

* ಪೋಲಿಯೊ ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಎಲ್ಲ ಅರ್ಹ ಮಕ್ಕಳಿಗೂ ಪೋಲಿಯೊ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕಿಸಿ ಆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಯಶಸ್ವಿಗೊಳಿಸುತ್ತಾರೆ.

* ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ವಿತರಿಸುವ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿಟಮಿನ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ, ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆಟ ಪಾಠಗಳನ್ನು ಕಲಿಸುತ್ತ, ಅವರನ್ನು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿರುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

* ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಹೊಸ ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪಿತವಾದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಮತ್ತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಆ ಯೋಜನೆಯ ಲಾಭ ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

* ಆಯಾ ಊರಿನಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಪೋಲಿಯೋ, ಏಡ್ಸ್, ಮಲೇರಿಯಾ, ಮುಂತಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾತಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡು, ಜನರಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ವಿವಿಧ ಘೋಷಣೆಗಳನ್ನು ಕೂಗುತ್ತಾ ಪ್ರಚಲಿತ ರೋಗಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನರಿಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.
* ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವೆಡೆ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಕರೆದೊಯ್ಯುವ ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳು

ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವಲ್ಲಿ, ಜನ ಜಾಗೃತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ 'ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘ'ಗಳು ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುವುದು ಉತ್ತಮವೆಂದು ಕೇರಳ ರಾಜ್ಯವನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲೂ ಸಹ ೧೯೯೦ರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖಾವತಿಯಿಂದ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳ ಉದ್ದೇಶಗಳು

೧. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವುಂಟು ಮಾಡುವುದು.

೨. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮುಖಂಡತ್ವ ಗುಣ ಬೆಳೆಸುವುದು

೩. ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕೀಳರಿಮೆ ಮರೆತು, ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ನೀಡಿ ತಮ್ಮ ಗ್ರಾಮಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಚರ್ಚಿಸಿ ಪರಿಹಾರ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದು.

೪. ಆರ್ಥಿಕ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಪಂಚಿಕ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಜ್ಞಾನ ಪಡೆಯುವುದು. ಈ ಗುರಿಗಳಿನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಪ್ರತಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಘಗಳನ್ನು ಜನತೆಯ ನೆರವಿನೊಂದಿಗೆ ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿ ಸಂಘದಲ್ಲಿ ೧೫ ರಿಂದ ೨೦ ಜನ ಮಹಿಳಾ ಸದಸ್ಯೆಯರಿರುತ್ತಾರೆ. ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯಿತಿಗೆ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿರುವ ಸದಸ್ಯೆ ಈ ಸಂಘದ ಅಧ್ಯಕ್ಷೆಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಥವಾ ಇತರೆ ಪ್ರಭಾವ ಪಡೆದಿರುವ ಮಹಿಳೆಯೊಬ್ಬರನ್ನು ಸದಸ್ಯರೆಲ್ಲರೂ ಸೇರಿ ಅಧ್ಯಕ್ಷೆಯನ್ನಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಗ್ರಾಮಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ಆ ಗ್ರಾಮದ ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಕಿಯರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಈ ಸಂಘದ ಸಹಾಯಕರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

ಈ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು; ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಸಭೆ ಏರ್ಪಡಿಸಿ, ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುವ ರೋಗಗಳು, ಶೌಚಾಲಯ ಮತ್ತು ಹೊಗೆರಹಿತ ಒಲೆಗಳಿಲ್ಲದ ಕುಟುಂಬಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ-ಇವೇ ಮೊದಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸಲಾಗುವುದು. ನಂತರ ತಿಂಗಳ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೊಂದು ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗುವುದು.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಘದ ಸದಸ್ಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ನಡೆಯುವ ಎಲ್ಲಾ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ನೆರವು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಈ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಕಳಕಳಿ ಹೊಂದಿರುವ ಸೇವಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿದ್ದು ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯವೃದ್ಧಿಗೆ ಮೈಲಿಗಲ್ಲಾಗಿವೆ ಎನ್ನಬಹುದು. ಆದರೆ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ರಚನೆಯಾಗಿರಬೇಕಾದ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳು ಇನ್ನು ಇದುವರೆಗೂ ರಚನೆಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಉದಾ. ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಕಮಲಾಪುರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಮಲಪನಗುಡಿ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಒಂದು 'ಮಹಿಳಾ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಂಘ' ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯಾಗಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್- ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರದೇಶದುದ್ದಕ್ಕೂ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಕಾಣಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿಯಾನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ, ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹೀಗೆ ಇತ್ಯಾದಿ ಯೋಜನೆಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದ್ದು ಜನರಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಲೆ ಬಂದಿವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿವಿಧ ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ, ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಕರ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೂಲಕ, ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೂಲಕ, ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯವು ನಡೆಯುತ್ತಲೆಯಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುತ್ತವೆ, ಹಾಗಿದ್ದಾಗಲೂ ಸಹ ಮಹಿಳೆಯರಿನ್ನು ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದು ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟ ತಲುಪಿಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಏಕೆಂದರೆ ಸರಕಾರವು ಮಹಿಳೆಯರ ಅಭ್ಯುದಯದ ಆಶಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ್ದರೂ, ಅವು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಮೂಲದ ಬಗೆಗೆ ತಲಸ್ಪರ್ಶಿಯಾಗಿ ಚಿಂತಿಸದೆ ರೂಪಿಸಲಾದ ಯೋಜನೆಗಳಾಗಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿವಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಸೋಲುತ್ತಿವೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ

ಅರಿವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ತೊಡಕುಗಳಿರುವುದು ಬಹುಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ತೊಡಕು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತ ಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರದ ಬಗೆಗೆ ಮುಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

೦೧. **ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ**; ೨೦೦೫; ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು

೦೨. ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್. ಎಸ್; ೨೦೦೪; **ಹೆಣ್ಣು-ಹೆಂಗಸು**, ಬ್ಯಾಲದಕೆರೆ ಪ್ರಕಾಶನ, ಮಂಡ್ಯ ಜಿಲ್ಲೆ

೦೩. ಶಂಕರ್ ಪಿ.ಎಸ್; ೧೯೯೫; **ವೈದ್ಯವಿಶ್ವಕೋಶ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

೦೪. ದೇವರಾಜು ಅಂಕಪುರ. ಬಿ; ೨೦೦೨; **ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ**, ಸ್ಮಿತಾ ಪ್ರಕಾಶನ, ಕುವೆಂಪುನಗರ, ಮೈಸೂರು

೦೫. ನಿಹಾರಿಕಾ ಎ.ನಾಥ್; ೧೯೯೪; **ಭಾರತ ಸಮಾಜಕಾರ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ** ಸಂಪುಟ-೧, (ಸಂ) ಎಚ್.ಎಂ.ಮರುಳಸಿದ್ದಯ್ಯ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

■■■

ಅಧ್ಯಾಯ : ಐದು

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ

ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯೋಜನೆಗಳು ಸೇರಿಕೊಂಡಿವೆ. ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಪುರುಷರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸಮಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಿಸಬೇಕೆಂಬ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದಂತೆ ಕಂಡುಬಂದರೂ ಈ ನೀತಿ ರೂಪಕಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಅರ್ಧದಷ್ಟಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿಲ್ಲ. ಈ ಅಲಕ್ಷದ ಮಧ್ಯೆಯೂ ರೂಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪದೆ ಹೋಗಿವೆ. ಉದಾಹರಣೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ತಾಯಿ-ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಜಾರಿಗೆ ಬಂತು. ಆದರೆ ಈ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಗೋಚರವಾಗುವ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ತಾಯಿ-ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಿಂದ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದರೂ ಯಾವ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ನಮಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಸಿಕ್ಕಿತು ಇದರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಯಾವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಬಹುದು ಎಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲವಾಗಿದೆ. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಪೂರ್ಣ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದಲೇ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲದಿರುವ ಸಂಗತಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಹೀಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಅವುಗಳ ಯಶಸ್ಸು ಮೂರು ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯಯೋಜನೆಗಳ ರಚನೆ, ರೂಪಿಕೆ ಇತ್ಯಾದಿ. ಎರಡನೆಯದು ಅವುಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನ. ಮೂರನೆಯದು ಅವುಗಳ ಕುರಿತ ಅರಿವು. ಈ ಮೂರು ಹಂತದಲ್ಲಿ ಬರಿ

ಸರಕಾರದ ಪಾತ್ರವಲ್ಲದೆ, ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾರಿಗಾಗಿ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆಯೋ ಅವರ ಪಾತ್ರ ಸಹ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಹಿಂದೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ದಂತಗೋಪುರಗಳಲ್ಲಿ ಕುಳಿತು ಜನರ ನಿಜವಾದ ಜೀವನದ ಪರಿಚಯವಿಲ್ಲದೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಾಲವೊಂದಿತ್ತು. ಆದರೆ ಕ್ರಮೇಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದೊಂದಿಗೆ. ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪುಗೊಳ್ಳಲು ಅನುವಾದವು. ಸಮಾಜವನ್ನು 'ಮೇಲಿನಿಂದ ಕೆಳಕ್ಕೆ' ಅವಲೋಕಿಸುವ ವಿಧಾನವು ಬದಲಾಗಿ ಈಗ 'ಕೆಳಗಿನಿಂದ ಮೇಲಕ್ಕೆ' ಎಂಬ ನೂತನ ವಿಧಾನ ಜಾರಿಯಾಗುತ್ತಲಿದೆ. ಮೊದಲಿಗಿಂತ ಈಚೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ಸುಧಾರಣೆಗಳಾಗಿವೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಪಾತ್ರ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅದರ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಹೇಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವರೆಂಬುದರ ಮೇಲೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಯಶಸ್ಸು ನಿಂತಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಯಾವ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಹಿಸಿದ್ದಾರೆ? ಅಂದರೆ ಅವರ ಗ್ರಹಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು? ಎಂಬುದನ್ನು, ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಅದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳೇನು? ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಅವುಗಳ ಉಪಯೋಗ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿರುವ ಅಡೆತಡೆಗಳೇನು? ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ರೂಪಿತವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು? ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವಿನ ಕುರಿತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಯಾರು ನೀಡುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ, ವೈದ್ಯರ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಕೆಲವು ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳ ಮೂಲಕ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಈ ಅಧ್ಯಾಯವು ತನ್ನದೇ ಆದ ನಿಶ್ಚಿತ ತಾತ್ವಿಕ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಮಾದರಿಯೊಂದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನವು ವಿವಿಧ ತಾಲೂಕಿನ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಜಾತಿಯ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ವಕ್ತೃಗಳು ನೀಡಿದ ಮಾಹಿತಿ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಈ ಅಧ್ಯಾಯವು ರೂಪುಗೊಂಡಿದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗಮನಿಸಿದ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಅನುಬಂಧದಲ್ಲಿ ಕೊಡಲಾಗಿದೆ.

೫.೧. ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯಗಳ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ:

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ(WHO) 'ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬುದನ್ನು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು

ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೇಗೆ ಗ್ರಹಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ಅವರೇ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳ ಮೂಲಕ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ :೫.೧

ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ದೈಹಿಕ	ಮಾನಸಿಕ	ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ
೦೧	ಔರದ್	೬೦	೧೨.೫	೨೭.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೬೭.೫	೧೫	೧೭.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೬೦	೨೦	೨೦
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೭೦	೧೨.೫	೧೭.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೭೦	೧೫	೧೫
	ಸರಾಸರಿ	೬೫.೫	೧೫	೧೯.೫

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಸದೃಢವಾಗಿರುವುದು ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಂತೆ, ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೬೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು,ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೬೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ. ೬೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೭೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಔರದ್ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೧೨.೪ರಷ್ಟು ಅಫಜಲಪುರ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದರೆ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಇವರು ಕೇವಲ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಈ ಮಹಿಳೆಯರು ಕೌಟುಂಬಿಕವಾಗಿ ತುಂಬಾ ನೊಂದ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಹಿಂಸೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರಾಗಿದ್ದರು. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೭.೫ರಷ್ಟು ಅಫಜಲಪುರ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸದೃಢವಾಗಿರಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು. ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕೆಂದು ಹೇಳಿದ ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಲಿತವರು ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲರಾದವರು ಎಂಬ ಅಂಶ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ.೬೫.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಶೇ.೧೯.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಸದೃಢವಾಗಿದ್ದರೆ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ಭಾಗದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಜನರು ಕೇವಲ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ನೀಡಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಈ ಪ್ರದೇಶದವರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲವೆಂಬುದು ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕದ ಮಹಿಳೆಯರು 'ಅನಾರೋಗ್ಯ' ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಹೇಗೆ ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಜ್ವರ, ಕೆಲವರು ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ, ಕೆಲವರು ಮುಟ್ಟಿನ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ :೫.೨

ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಜ್ವರ, ತಲೆನೋವು, ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು	ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕೈ, ಕಾಲುನೋವು	ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು	ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು
೦೧	ಔರದ್	೪೨.೫	೧೫	೧೦	೩೨.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೪೦	೨೦	೧೨.೫	೨೭.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೪೨.೫	೧೦	೧೦	೩೭.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೫	೧೫	೧೫	೩೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೨೫	೧೨.೫	೧೭.೫	೪೫
ಸರಾಸರಿ		೩೭	೧೪.೫	೧೩	೩೫.೫

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ನಮಗೆ ಕಂಡುಬರುವ ಮುಖ್ಯ ಸಂಗತಿಗಳೇನೆಂದರೆ. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ. ೪೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರ, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೩೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಯಲುಬುರ್ಗಾದ ಶೇ. ೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಜ್ವರ, ತಲೆನೋವು, ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು ಬಂದರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಡುತ್ತಾರೆ. ಔರದ್ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ ೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ. ೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳಯೆರು ಮತ್ತು ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ. ೧೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ. ೧೨.೪ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಯಲಬುರ್ಗಾ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಜರ್ಜರಿತವಾದರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದು ತಿಳಿಯುತ್ತಾರೆ. ಯಲಬುರ್ಗಾ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೪೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ. ೨೭.೫ ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ. ೩೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಒಟ್ಟು ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೩೭ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಜ್ವರ, ತಲೆನೋವು ಇನ್ನಿತರ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸುತ್ತಾರೆ.

[illegible]

ಶೇ.೧೪.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದ ಕೈ ಕಾಲುನೋವು ಸೊಂಟನೋವು ಇನ್ನಿತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆನ್ನಬಹುದು ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೧೩ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಶೇ.೩೫.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅನಾರೋಗ್ಯವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟು, ಬಿಳಿಸೆರಗು, ಸೋಂಕು ಇತ್ಯಾದಿ ಬಗ್ಗೆ ಮಾತಾಡುವುದು ಅಪರಾಧವೆಂಬ ಭಾವನೆ ಇದೆ. ಮುಟ್ಟಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಅತ್ತೆ, ನಾದಿನಿ, ಗಂಡನಿಗೆ ತಿಳಿದರೆಲ್ಲಿ ಏನು ಅಂದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೋ ಎಂಬ ಭಯದೊಂದಿಗೆ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರಿದ್ದಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಇದರಿಂದ ಹಲವಾರು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಹೆಣೆದುಕೊಂಡು, ಕಡೆಯಲ್ಲಿ ಅದು ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹ ಮತ್ತು ಮನಸ್ಸಿನ ಮೇಲೆ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ಪರಿಹಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿಗೆ ಬರಬೇಕಾಗಿದೆ. ಆಗ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಪಾಲುಗೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದರೆ ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ, ತಿಳಿದು ಬಂದ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕದ ಮೂಲಕ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ :೫.೩

ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವ ಮಹಿಳೆಯರು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಜ್ವರ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಡೆಂಗ್ಯೂ,ಟೈಫಾಯಿಡ್	ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕೈ, ಕಾಲುನೋವು ಸೊಂಟ ನೋವು	ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳು	ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು
೦೧	ಔರದ್	೫೦	೨೨.೫	೫	೨೨.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೩೫	೨೨.೫	೧೦	೩೨.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೪೭.೫	೧೭.೫	೧೨.೫	೨೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೪೦	೨೭.೫	೭.೫	೨೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೦	೧೨.೫	೧೦	೪೭.೫
	ಸರಾಸರಿ	೪೦.೫	೨೦.೫	೯	೩೦

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದ ಪ್ರಕಾರ ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೫೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೪೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ. ೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ. ೩೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೩೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಜ್ವರ ಮಲೇರಿಯಾ, ಡೆಂಗ್ಯೂ, ಟೈಫಾಯಿಡ್ ಬಂದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತೇವೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು. ಈ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ

ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದರೆ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿರುವ ಅನ್‌ಪ್ರಾಕ್ಟಿಸ್ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಈ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಆರೋಗ್ಯ ಸರಿಹೋಗಲಿಲ್ಲವೆಂದರೆ ನಗರದ ಕಡೆ ಧಾವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಹತ್ತಿರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಔರದ್ ಮತ್ತು ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗ ಶೇ.೧೮.೫ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೨೮.೫ ರಷ್ಟು, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಾದರೆ ಅಂದರೆ ಕೈ, ಕಾಲುಗಳು ಮುರಿದರೆ ಅಥವಾ ತುಂಬಾ ನೋವು ಬಂದರೆ ಅಥವಾ ವಿಪರೀತ ಸೊಂಟನೋವು ಬಂದಾಗ ಮಾತ್ರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತೇವೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದರು. ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ. ೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ. ೮.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಔರದ್ ಶೇ.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯಾದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತೇವೆ. ಅಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ವೈದ್ಯರು ಇರುವುದು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಆದರೂ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವೈದ್ಯರು ಹೀಗೆ ಇರಬೇಕು ಹಾಗೇ ಇರಬೇಕು ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುವುದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಅಫಜಲಪುರ ಮಹಿಳೆಯರು ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೮.೫ರಷ್ಟು ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು, ದೇವದುರ್ಗ ಮತ್ತು ಔರದ್ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಮುಟ್ಟಿನ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಅದು ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನರ್ಸ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ತೋರಿಸುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದರು. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೪೦.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಜ್ವರ, ಬಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋದರೆ ಶೇ.೨೦.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೯ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಯೋಜನೆ ಮಂಜೂರಾದರೂ ಅದರ ಅನುಷ್ಠಾನ ಮಾತ್ರ ತ್ವರಿತಗತಿಯಲ್ಲಿ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕೆ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೂ ಹೊರತಲ್ಲ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಒಬ್ಬ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗ ತಜ್ಞರನ್ನು ನೇಮಕ ಮಾಡುವುದರ ಜತೆಗೆ ಜಿಲ್ಲಾ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಯನ್ನೇ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಯೆಂದು ೨೦೦೪ ರಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ಘೋಷಿಸಿತು. ಆದರೆ ಗುಲಬರ್ಗಾದ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮನೋರೋಗ ತಜ್ಞರು ಮಾತ್ರ ಅಲ್ಲಿಲ್ಲ. ತಾತ್ಕಲಿಕವಾಗಿ ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮನೋರೋಗ ತಜ್ಞರನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗೆ ನಿಯೋಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವರು ತಿಂಗಳಿಗೆ ಒಂದೆರೆಡು ಸಲ ಗುಲಬರ್ಗಾ ಆಸ್ಪತ್ರಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಔಪಚಾರಿಕತೆಯನ್ನು ಮುಗಿಸಿ ಮರುಳುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಮನೋರೋಗಿಗಳ ಪಾಲಿಗೆ ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಇದ್ದೂ ಇಲ್ಲದಂತಾಗಿದೆ. ಹೀಗೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ತಾಲೂಕು ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗ ತಜ್ಞರ ಹುದ್ದೆಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವ ಕೆಲಸವೂ ಇನ್ನಷ್ಟೇ ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಶೇ.೩೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ತೆರಳುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ದಿವ್ಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವಿದೆ. ಹಾಗೂ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದರೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಯಾರ ಹತ್ತಿರ ಬೇಗನೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳದೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ತುಂಬಾ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕಾಯಿಲೆ ತೀರಾ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡ

ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ತಮ್ಮ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕುಟುಂಬದ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವೇ ಕಾರಣ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಮತ್ತೊಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯೆಂದರೆ, ಕೆಲವು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಲ್ಲದೇ ಇರುವುದು. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದರೆ ದೂರದ ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ತೆರಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದ ಮಹಿಳೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಇನ್ನೊಬ್ಬರ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದಾಗ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ :೫.೪

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	RMPಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಹೋಗದೇ ಇರುವುದು
೦೧	ಔರದ್	೪೨.೫	೪೦	೧೦	೭.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೩೭.೫	೩೭.೫	೧೨.೫	೧೨.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೪೦	೫೨.೫	೫	೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೪೨.೫	೪೧.೫	೭.೫	೭.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೫೭.೫	೩೫	೫	೭.೫
ಒಟ್ಟು		೪೪	೪೧.೫	೮	೬.೫

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವಂತೆ ಯಲಬುರ್ಗಾ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೭.೫ ರಷ್ಟು, ಹೋಸಪೇಟೆ ಹಾಗೂ ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು, ದೇವದುರ್ಗ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೦ರಷ್ಟು, ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸಮೀಪವಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ದೇವದುರ್ಗ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದೇ ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿರುವ ಅನ್‌ಪ್ರಾಕ್ಟಿಸ್ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಕೂಡಾ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ. ೪೧.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಔರಾದ್‌ನ ಶೇ. ೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ. ೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಖಾಸಗೀ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಔರದ್ ಶೇ.೧೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳ ಮೊರೆ ಹೋಗುವರು. ಅಫಜಲಪುರನ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಔರದ್ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗ ಶೇ.೨.೫ರಷ್ಟು, ಯಲಬುರ್ಗಾ ಶೇ.೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು.

ಏಕೆಂದರೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ ಕರ್ನಾಟಕದ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಬಡಕುಟಂಬದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಕೂಲಿ ನಾಲಿ ಮಾಡಿ ಬದುಕು ಸಾಗಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಈ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಷ್ಟು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ತೀರಾ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದಾಗ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದೆರೆಡು ದಿನ ಮಲಗಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಮಾಡಿ ಮತ್ತೆ ತಮ್ಮ ದುಡಿಮೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವ ಗೊಡವೆಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೪೪ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದರೆ, ಶೇ.೪೧.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೮ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮನೆ ಮದ್ದು, ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳ ಮೊರೆಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೬.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆಯಾದರೂ ನಾವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಜನತೆಗೆ ಬದುಕಲು ಆರೋಗ್ಯ ಅತ್ಯಂತ ಮುಖ್ಯವಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದ್ದರೂ, ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ದುಕೊಂಡ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಶೇ.೬.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಎಂತಹ ಸಂದರ್ಭ ಬಂದರೂ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಗೊಡವೆಗೆ ಹೋಗದಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗದೇ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ಈಗಾಗಲೇ ತಿಳಿಸಿದಂತೆ ಅವರ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತೀರಾ ಹದಗೆಟ್ಟಿರುವುದೇ ಬಹುಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಇವರೆಲ್ಲ ಉಪಜೀವನಕ್ಕಾಗಿ ಕೂಲಿಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿದ್ದು ತೀರಾ ಕಡು ಬಡತನದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದರಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆ ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳವುದೇ ಇವರಿಗೆ ಹೊರೆಯಾಗಿದ್ದರಿಂದ ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಹಣ ವ್ಯಯಮಾಡುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವರಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಉಚಿತವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿರುವುದೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಆದರೂ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಇಂದಿಗೂ ಕೆಲವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟು ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಅಂದರೆ ಬೆರಳೆಣಿಕೆಯಷ್ಟು ಇರದ ವೈದ್ಯರೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಬಂದು ಹೋಗುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಮಯ ವಿನಿಯೋಗಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಲಿ, ಅವರನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ವಿಚಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಲಿ ಅವರ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಲಿ ಆಗದಿಲ್ಲದಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ತಮ್ಮ ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ಹೇಳುವುದಕ್ಕಾಗಲಿ, ಅವರ ಬಳಿ ದೈಹಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಲಿ ಈಗಲೂ ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗದೇ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ಇದೊಂದು ಕಾರಣ. ಇಷ್ಟಕ್ಕೂ ಎಲ್ಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಾದರೂ ಎಲ್ಲಿವೆ? ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು ೧೦-೧೫ ಹಳ್ಳಿಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಹತ್ತಿರ ಇರುವ ಗ್ರಾಮದ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನೂ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರಗಳು ದೂರ ಇರುವುದೇ ನೆಪವಾಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದೇ ಇಲ್ಲ.

ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಔಷಧಿ ವಿತರಿಸುವ ಸೌಲಭ್ಯವಿದ್ದರೂ, ಅದು ಇಂತಿಷ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಎಂಬ ಮಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅವಲಂಭಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಬರುವ ಎಲ್ಲಿರಿಗೂ ಉಚಿತ ಔಷಧಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕಲ್ಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಜೀವನಾವಶ್ಯಕ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು, ಹೊರಗಿನ ಮಾರಾಟಗಾರರ ಬಳಿ ಔಷಧಿ ಖರೀದಿಸಲು ಚೀಟಿಬರೆದು ಕೊಡುವುದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ವೈದ್ಯರು ಬರೆದಂತಹ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಂಡುಕೊಳ್ಳುವ ಶಕ್ತಿ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಲ್ಲ.

ಕೋಷ್ಟಕ :೫.೫

ಮಹಿಳೆಯರು ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೇ ಇರುವ ಕಾರಣಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಔಷದಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವರು	ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಔಷದಿ ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳದಿರುವವರು	ತಾತ್ಸರ ಮನೋಭಾವ	ಬಡತನದಿಂದ ಖರೀದಿ ಮಾಡಲ್ಲ
೦೧	ಔರದ್	೫೦	೨೨.೫	೧೦	೧೭.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೫೨.೫	೨೦	೧೨.೫	೧೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೬೨.೫	೧೭.೫	೧೦	೧೦
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೬೨.೫	೧೫	೭.೫	೧೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೫೭.೫	೧೫	೫	೨೨.೫
	ಸರಾಸರಿ	೫೭	೧೮	೯	೧೬

ಕ್ಷೇತ್ರಾಧಾರಿತ ಮಾಹಿತಿಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಈ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿದು ಬರುವ ಸಂಗತಿಯೇನೆಂದರೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರದೇಶದ ಶೇ.೫೭ ರಷ್ಟು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಇವರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸ್ಥಿತಿವಂತರಾಗಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರು ಯಾವುದೇ ಬೆಲೆಯ ಔಷಧಿ ಬರೆದು ಕೊಟ್ಟರೂ ಖರೀದಿಸಿ ಸೇವಿಸುತ್ತೇವೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಶೇ.೧೮ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದರೂ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಸರಿಯಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಶೇ.೯ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಔಷಧಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ತಾತ್ಸಾರ ಮನೋಭಾವ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಏನು ಆಗುತ್ತೇ? ದೇವರು ಇಟ್ಟಂಗ ಆಗುತ್ತೇ ಎನ್ನುವ ಮಹಿಳೆಯರೂ ಇದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೧೬ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದು ಕಿತ್ತು ತಿನ್ನುವ ಬಡತನವಿದೆ ಹಾಗಾಗಿ ಅವರೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸುವ ಶಕ್ತಿ ಇಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತವಾಗಿ ಔಷಧಿಗಳು ಸಿಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಔಷಧಿಗಳ ಸರಬರಾಜು ವ್ಯತ್ಯಯ ಉಂಟಾದಾಗ ಅಥವಾ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾದ ಔಷಧಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ದಾಸ್ತಾನುದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿದಿದ್ದಾಗ

ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಚೀಟಿ ಬರೆದು ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದುಬಾರಿ ಔಷಧಿಗಳು ಖರೀದಿಸುವಷ್ಟು ಶಕ್ತರಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದು ಬರುವುದೇನೆಂದರೆ ಕೆಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಇಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿನ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಲ್ಲಿರುವ ಕಿರಾಣಿ ಅಂಗಡಿಗಳ ಮೊರೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರಾಣಿ ಅಂಗಡಿಗಳೇ ಮೆಡಿಕಲ್ ಶಾಪ್‌ಗಳಾಗಿವೆ. ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಯಾವ ಔಷಧಿ ಕೊಡಬೇಕು ಎಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆಯು ಕೂಡ ಆ ಅಂಗಡಿಯವರಿಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅವಧಿ ಮುಗಿದ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಕೊಟ್ಟರೂ ಜನರಿಗೆ ಅದು ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ಅವರು ಕೊಟ್ಟಂತಹ ಔಷಧಿಗಳು ತಿಂದು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಅಲ್ಲಿರುವ ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಕಿರಾಣಿ ಅಂಗಡಿಯವರಿಗೆ ಇಂತಹ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಂದು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಿ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಬರುವಂತಹ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿಗೆ ಕಳುಹಿಸುತ್ತೇವೆ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ದುರ್ಬಲ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ನಗರಕ್ಕೆ ಬಂದು ಔಷಧಿ ಖರೀದಿಸುವ ಶಕ್ತಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಬಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಲ್ಲ. ಇನ್ನೂ ತೀರಾ ತ್ರಾಸದಾಯಕವಾದರೆ ಅಲ್ಲಿರುವ ಅನ್‌ಪ್ರಾಕ್ಟಿಸ್ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಹೋಗಿ ತೋರಿಸುಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತವಾಗಿ ಸಿಗುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಂದು ಕೊಳ್ಳಲಿಕ್ಕೆ ಕೆಲವರಿಗೆ ತಾತ್ಸಾರ ಮನೋಭಾವವಿದೆ. ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿಮಹಿಳೆಯರ ಬಗೆಗೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಇರುವುದರಿಂದ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಸ್ಪಂದಿಸದೇ ಅವರಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಂದು ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಲಾರದೇ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವರು.

ಕೋಷ್ಟಕ :೫.೬

ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುವವರು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ	ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ	ಎ.ಎನ್.ಎಂ	ಆರ್.ಎಂ.ಪಿ. ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಯಾರಲ್ಲಿಗೂ ಹೋಗದೆ ಇರುವುದು
೦೧	ಔರದ್	೪೦	೧೦	೨೭.೫	೧೫	೭.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೩೫	೧೨.೫	೨೦	೧೭.೫	೧೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೩೫	೧೫	೧೭.೫	೧೭.೫	೧೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೪೨.೫	೧೭.೫	೨೦	೧೫	೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೨.೫	೧೭.೫	೨೫	೨೦	೫
	ಸರಾಸರಿ	೩೭	೧೪.೫	೨೨	೧೭	೯.೫

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವಂತೆ ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭದ

ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅನಿವಾರ್ಯವಾದರೆ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೨೮.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಹತ್ತಿರ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಮಾರುಹೋಗುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅಫಜಲಪುರ ಮತ್ತು ದೇವದುರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿದ್ದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರೆ. ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ತೆರಳುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಬಳಿಗೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೮.೫ ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೮.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಖಾಸಗೀ, ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋದರೆ ಶೇ.೧೮.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋದರೆ, ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿರನ್ನು ಅವಲಂಭಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರದ ಮತ್ತು ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ. ೧೮.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಆರ್.ಎಂ.ಪಿ. ವೈದ್ಯರನ್ನು ಅವಲಂಭಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೮.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರ ಮತ್ತು ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಿಣಿಯಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಯಾವ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿಯೂ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟು ಗುಲಬರ್ಗಾ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇ.೩೮ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಅದು ಸರಕಾರಿ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಅಥವಾ ಖಾಸಗೀ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದರು. ಶೇ. ೧೪.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವು ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಾಗಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಾಗಲಿ ಇರುವುದು ಕಡಿಮೆ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಶೇ.೨೨ ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಅವರು ಕೊಡುವಂತಹ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೧೮ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸವಾಗಿರವ ಖೊಟ್ಟಿ ವೈದ್ಯರನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದೆ. ಶೇ.೯.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಇವರು ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಕಂದಾಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೂ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ತುಂಬಾ ಹಿಂದುಳಿದ

[illegible]

ಮಹಿಳೆಯರಾಗಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗೂ ವಲಸೆ ಹೋಗುವ ಕುಟುಂಬದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರು ಯಾವ ಬಗೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ :೫.೭

ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿಹೊಂದಿದವರ ವಿವರ

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವುದು	ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸದೇ ಇರುವುದು
೦೧	ಔರದ್	೮೦	೨೦
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೮೨.೫	೧೭.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೬೭.೫	೩೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೭೦	೩೦
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೭೭.೫	೨೨.೫
	ಸರಾಸರಿ	೭೫.೫	೨೪.೫

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಿದ್ದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿರುವ ಕಾಳಜಿಯ ಕುರಿತು ಗಮನಿಸಿದಾಗ, ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೮೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅದೇ ಪ್ರದೇಶದ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಾಳಜಿವಹಿಸದೇ ಇರುವುದು ಕೂಡ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಕುರಿತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲವೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಇರುವ ಕಾರಣದಿಂದ ಅವರು ಆ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ಸಹಾ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದೇ ರೀತಿ ಅಫಜಲಪುರದ ಮಹಿಳೆಯರು ಶೇ.೮೨.೫ ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಬೇಕೆಂಬ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದಾಗಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೬೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೭೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೭೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೇ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೩೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸದೇ ಇರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಈ ಗುಲಬರ್ಗಾ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶೇ ೭೫.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿವಹಿಸಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ಅಂದರೆ ವಂಶಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಲ್ಪನೆಯಿಂದ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಈ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಅಷ್ಟೇನೂ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿಲ್ಲ. ಶೇ ೨೪.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯದ

[illegible]

ಬಗ್ಗೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮನೋಭಾವ ಬೆಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇವರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಮಹಿಳೆಯರ ಗ್ರಾಮಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ದೂರವಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಕೆಲವು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಲೇಬೇಕು ಎಷ್ಟೋ ಬಾರಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಯಾವುದೋ ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೋ, ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗಳಲ್ಲೋ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾ ಬಂದು, ವೈದರು ಹೇಳಿರುವ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಯೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನೋವು ಆರಂಭವಾದಾಗ ಎಲ್ಲೆಲ್ಲೋ ಸುತ್ತಿ ಕೊನೆಗೆ ಖಾಸಗಿ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳಿಗೆ ಮಧ್ಯರಾತ್ರಿಯಲ್ಲಿ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ರಕ್ತದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಅನೇಕರು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಮಾಡಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತೆ ಕೆಲವರು ಆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿದ ರಿಪೋರ್ಟ್‌ಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವಾಗ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆಗ ಬಹಳ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ಅಪಾಯವಾಗುವ ಸಂಭವವುಂಟು.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೮

ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುವವರ ವಿವರ

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು	ಮಗುದೊಡ್ಡ ದಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಕಬ್ಬಿ ಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ತಿನ್ನುವುದಿಲ್ಲ	ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ವಾಂತಿ ಆಗುತ್ತೆ ಆದ್ದರಿಂದ ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ	ಸರಳ ಹೆರಿಗೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಮಾತ್ರೆ ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ
೦೧	ಔರದ್	೩೭.೫	೧೭.೫	೨೫	೨೦
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೫೨.೫	೧೨.೫	೨೨.೫	೧೨.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೬೦	೧೫	೧೦	೧೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೬೭.೫	೧೦	೧೦	೧೨.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೬೨.೫	೧೫	೧೦	೧೨.೫
	ಸರಾಸರಿ	೫೬	೧೪	೧೫.೫	೧೪.೫

ಈ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತಹೀನತಾ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಳ ಆರ್ಥಿಕ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ, ಹಾಲುಣಿಸುವ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ವಿತರಿಸುವ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಮತ್ತು ಎಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದಿಲ್ಲ. ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಳಸದಿದ್ದರೆ ಏಕೆ ಬಳಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಹತ್ತಿರ ಈ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡರೂ ಮಗು ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಪ್ಪು ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು.

ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ವಾಂತಿ ಬರುವ ಹಾಗೆ ಆಗುವುದೆಂದು ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸರಳ ಹೆರಿಗೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಹೊಂದಿ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸರಕಾರ ವಿತರಿಸುವ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಸೇವನೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ದೇವದುರ್ಗ ಶೇ.೬೦ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೬೭.೫ರಷ್ಟು, ಯಲಬುರ್ಗಾ ಶೇ.೬೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಮಗು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಹೆರಿಗೆಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಯಿಂದಾಗಿ ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೧೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಅದೇ ರೀತಿ ಅಫಲಜಪುರದ ಶೇ.೨೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಮತ್ತು ದೇವದುರ್ಗ, ಹೊಸಪೇಟೆ, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ಸರಳ ಹೆರಿಗೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಮನೋಭಾವವಿರುವುದರಿಂದ, ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರ, ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಮನೋಭಾವ ಇರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೫೬ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಶೇ.೧೪ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಗು ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಪ್ಪು ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೇ ಇದ್ದದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೇ.೧೫.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದರೆ ವಾಂತಿ ಬರುತ್ತೆ ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಲಾರದೇ ಇರುವುದು. ಶೇ.೧೪.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸರಳ ಹೆರಿಗೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿಗಳಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸದೇ ಇರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸರಿಯಾದ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಕೆಲಮಟ್ಟಿಗೆ ವಿಫಲವಾಗಿವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಮಾಹಿತಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ದೊರೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರದ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಕೊಟ್ಟ ಕಬ್ಬಿಣ ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಹುತೇಕ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ವಿವಿಧ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಹಾಗೂ ತಪ್ಪು ನಂಬಿಕೆಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸದೇ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸರಕಾರ ವಿತರಿಸುವ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಡಕುಟುಂಬದ ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ವೀಕರಿಸಿ ದಿನವೂ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಯಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ರಾಷ್ಟ್ರವ್ಯಾಪ್ತಿ

ಮೌಲ್ಯಮಾಪನವಾಗಲೀ, ಪುನರ್‌ವಿಮರ್ಶೆ ಯಾಗಲೀ ಇಲ್ಲದೆ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿದ್ದು ಭಾರತೀಯ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶೇ ೮೫ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದೇ ಇದರ ನಿಷ್ಫಲತೆಗೆ ಸಾಕ್ಷಿ ಎಂದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ದಾಖಲಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೂ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲವೇಕೆ ? ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆ ಹುಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಬಹುಶಃ ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮನೆ ಮನೆಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆಗ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಸುಳ್ಳು ವರದಿ ಕೊಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಆದರೆ ಒಬ್ಬ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಗೆ ಇಂತಿಷ್ಟು ಜನತೆಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದರೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಮಾತ್ರೆ ವಿತರಿಸಬಹುದು.

ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಸಾರದ ಹೊಣೆಯನ್ನು ಬಹಳ ಪ್ರಯಾಸಕರವಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಪವರಮಾನ, ಮನೆಯ ವಾತಾವರಣ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಮನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮನೋಭಾವ ತಾಳುತ್ತಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೯

ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿ

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ನಿತ್ಯ ನಿಯಮದ ಆಹಾರ	ವಿಶೇಷ ಆಹಾರ(ಹಣ್ಣು, ಹಾಲು, ಮೊಟ್ಟೆ ಮಾಂಸ, ಮೀನು ಇತ್ಯಾದಿ)
೦೧	ಔರದ್	೬೭.೫	೩೨.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೭೨.೫	೨೭.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೭೫	೨೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೬೫	೩೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೭೦	೩೦
	ಸರಾಸರಿ	೭೦	೩೦

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೬೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿತ್ಯನಿಯಮದ ಆಹಾರವನ್ನೇ ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೩೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೭೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೭೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೬೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಿಣಿಯಿದ್ದಾಗ ನಿತ್ಯನಿಯಮದ

ಆಹಾರವನ್ನೆ ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರ ಶೇ.೨೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗ ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ. ೩೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಯಲಬುರ್ಗಾ ಶೇ.೩೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಆಹಾರವನ್ನು ಅಂದರೆ ಹಣ್ಣು, ಹಾಲು, ಮೊಟ್ಟೆ, ಮಾಂಸ, ಮೀನು, ಇತ್ಯಾದಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಂದರೆ ಇವರು ಈ ರೀತಿ ಆಹಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸಬಲರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರ್ಣವಾಗಿರಬೇಕೆಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದ್ದಂತೆ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಹೈದ್ರಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇ.೭೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದು ಇವರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕೂಡಾ ನಿತ್ಯ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವನ್ನೇ ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೩೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಧ್ಯಮವರ್ಗದ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದು ಇವರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ವಿಶೇಷ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಪೌಷ್ಠಕತೆಯ ಕೊರತೆ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೊಂದು ವೇಳೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೂ ಅದು ವಿರಳ.

ಗರ್ಭಿಣಿಯಿದ್ದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಮತ್ತು ದೇಹಕ್ಕೆ ವಿಶೇಷ ಅಕ್ಕರೆ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆಹಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೇನಾದರೂ ಕೊರತೆಯುಂಟಾದರೆ ತಾಯಿಗಷ್ಟೆ ಅಲ್ಲದೆ ಹುಟ್ಟುವ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ ಇದು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ದುರ್ಬಲತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಇನ್ನೊಂದು ಅಂದರೆ ಮುಂದಿನ ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ನಾಂದಿ ಹಾಡಿಬಿಡುವ ಅಪಾಯಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಭಾಗದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಗುವಿನ ಸುರಕ್ಷಿತ ಜನನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾದ ಕಾಳಜಿ, ವಿಶ್ರಾಂತಿ, ಕಡಿಮೆಕೆಲಸ, ಉತ್ತಮ ಆಹಾರ ದೊರೆಯುವುದೇ ದುರ್ಲಭ. ಬಹಳಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕೂಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರಿದ್ದಾರೆ. ಇವರು ಹೆರಿಗೆಯಾಗುವ ಕ್ಷಣದವರೆಗೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತಾರೆ. ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ನಂತರವೂ ತಕ್ಷಣ ಕೂಲಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಈ ಭಾಗದ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರದ್ದು. ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಏನು ತಿನ್ನಬೇಕು, ಏನು ತಿನ್ನಬಾರದು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಕೆಲ ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳು ಗರ್ಭಿಣಿಯರಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುವ ಆಹಾರದಿಂದ ದೂರ ಇಡುತ್ತದೆ. ಉದಾ: ಪಪ್ಪಾಯಿ, ಅನಾನಸ್, ಮೊಟ್ಟೆ, ನುಗ್ಗೆಕಾಯಿ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ತಿಂದರೆ ಗರ್ಭಪಾತ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆ. ವಿಪರ್ಯಾಸವೆಂದರೆ ಇವುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಮತ್ತು ವಿಟಮಿನ್-ಎ ಸತ್ವ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಗುವಿನ ಜನನಕ್ಕೆ ಅತಿ ಅವಶ್ಯಕ. ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಹಾಲು ಬೆಣ್ಣೆಯಂಥ 'ಶ್ರೀಮಂತ' ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಇದರಿಂದ ಮಗು ದಷ್ಟಪುಷ್ಟವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಹೆರಿಗೆ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳಿಂದಲೇ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಸಾವಿರಾರು ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿವಿಧ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ ಆರೋಗ್ಯದ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿಗೆ ಬರದೇ ಇರುವುದು.

ಬಹುತೇಕ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಒಂದುವಾರದ ಮುಂಚೆ ಮನಸ್ಥಿತಿ ಬದಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಅಕ್ಷರಸ್ಥರಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಮುಟ್ಟಿನ ಪೂರ್ವದ ಯಾತನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ದೈಹಿಕ ಬದಲಾವಣೆ ಹಾಗೂ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ತೊಳಲಾಟಗಳು ಅತಿಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವರಿಗಂತೂ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸಕ್ಕೂ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿ, ಅವರು ಕುಗ್ಗಿ ಹೋಗಬಹುದು. ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳೂ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಒಂದೇ ತೆರನಾಗಿ ಇರಬೇಕೆಂದಿಲ್ಲ. ಮಧ್ಯ ಮಧ್ಯ ಯಾವ ತೊಂದರೆಯೂ ಇಲ್ಲದೆ ಋತುಸ್ರಾವವಾಗಬಹುದು. ವೈದ್ಯಕೀಯದ ಪ್ರಕಾರ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮುಟ್ಟಿನ ಪೂರ್ವಯಾತನೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು.

<u>**ಮಾನಸಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು**</u>: ಉದ್ವೇಗ, ಸಿಡುಕತನ, ಕಾತರ, ಖಿನ್ನತೆ, ಆಯಾಸ, ಕೋಪ, ಗೊಂದಲ, ಸಿಹಿತಿಂಡಿಗಾಗಿ ಹಾತೊರೆಯುವುದು.

<u>**ದೈಹಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು**</u>: ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ, ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಸ್ತನಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ನೋವು, ಬಾವು, ತಲೆನೋವು, ಸೊಂಟದ ನೋವು, ವಾಕರಿಕೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಹಾಗೂ ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ನಿಶ್ಯಕ್ತಿ ಕಂಡುಬರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಾತ್ರ ಅಕ್ಷರಸ್ಥರಿಗೆ ಗೊತ್ತಾಗಬಹುದು ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಈ ಮೇಲಿನ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವ ಅರಿವು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಗಮನಕೊಡುವಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೦

ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಮಹಿಳೆಯರು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ, ಬಟ್ಟೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಕುರಿತು	ಸಂಕೋಚದಿಂದ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ	ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದ ಮಹಿಳೆಯರು
೦೧	ಔರದ್	೪೭.೫	೩೭.೫	೧೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೪೨.೫	೩೨.೫	೨೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೪೦	೪೦	೨೦
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೭.೫	೪೫	೧೭.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೫	೪೭.೫	೧೭.೫
	ಸರಾಸರಿ	೪೦.೫	೪೦.೫	೧೯

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದ ಪ್ರಕಾರ ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಬಟ್ಟೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಕುರಿತು ಹದಿಹರೆಯದ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ತಾಯಂದಿರು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೊಡುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ

ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಇತರ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾಮದ ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೦ರಷ್ಟು ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೭.೫ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹದಿಹರೆಯದ ಹುಡುಗಿಯರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೭.೫ರಷ್ಟು ಅಫಜಲಪುರನಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಅಲ್ಪಸ್ವಲ್ಪ ಮಾಹಿತಿ ಹೊಂದಿದ್ದರೂ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಂಕೋಚದಿಂದ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು. ಅದೇ ರೀತಿ ಇನ್ನುಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳಾದ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೪೦ ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೪೫ ರಷ್ಟು, ಯಲಬುರ್ಗಾ ಶೇ.೪೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂಕೋಚ ಹೊಂದಿದ್ದು ಋತುಸ್ರಾವದ ವಿಷಯ ಮಾತಾಡಲಿಕ್ಕೆ ಮುಜುಗರ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯದೊಂದಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿದ್ದಾರೆ. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಫಲಜಲಪುರದ ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಕುರಿತು ಇನ್ನೊಬ್ಬರಿಗೆ ತಿಳಿಸಲು ನಮಗೆ ಗೊತ್ತಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂದರೆ ಇವರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವ ಕುರಿತ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಹಿಂದುಳಿದಿರುವಿಕೆಯೇ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗೆ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇ.೪೦.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಧ್ಯಮವರ್ಗದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಣದ ಅರಿವು ಇದ್ದವರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಹದಿಹರೆಯದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಬೇಕಾದ ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ, ಬಟ್ಟೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೪೦.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಅಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾಹಿತಿ ಹೊಂದಿದ್ದರೂ ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಲಿ ಇತರ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಲೀ ಸಂಕೋಚದಿಂದ ಆ ಬಗೆಗೆ ಹೇಳುವುದಕ್ಕೆ ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೧೯ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದಾಗಿದೆ. ಇವರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಡತನದ ಕುಟುಂಬದವರಾಗಿದ್ದು, ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹದಿಹರೆಯದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಆಯೋಜಿಸಿ ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಬಡತನದಲ್ಲಿರುವ ಹದಿಹರೆಯ ಹುಡುಗಿಯರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೂಲಿ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಶಿಬಿರಗಳಿಗೆ ಅವರು ಭಾಗವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಶಾಲೆ ಕಲಿಯುವ ಹದಿಹರೆಯದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಹಾಕಿಕೊಂಡ ಋತುಸ್ರಾವದ ಕುರಿತು ನಡೆಸುವ ಅರಿವಿನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಬಹುದು. ಹದಿಹರೆಯದವರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಅಷ್ಟೇನೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಗ್ರಹಿಕೆಗೆ ಬರುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲು ಮುಂದಾಗಬೇಕಿದೆ.

[illegible]

[illegible]

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೧

ಋತುಸ್ರಾವದ ಕುರಿತು ಮಹಿಳೆಯರ ಹೇಳಿಕೆಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಋತುಸ್ರಾವ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಆಗುವ ಮಹಿಳೆಯರು	ಋತುಸ್ರಾವ ಸರಿಯಾಗಿ ಆಗದ ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ	ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ	ಸಂಕೋಚ, ಇತರ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ ಎಂದು ಯಾರಿಗೆ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ
೦೧	ಔರದ್	೪೨.೫	೧೭.೫	೧೨.೫	೨೭.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೪೭.೫	೧೫	೨೦	೧೭.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೪೦	೨೦	೨೦	೨೦
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೭.೫	೧೫	೩೦	೧೭.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೫	೧೭.೫	೨೫	೨೨.೫
	ಸರಾಸರಿ	೪೦.೫	೧೭	೨೧.೫	೨೧

ಈ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ವಿಷಯ ಮಹಿಳೆಯರ ಋತುಸ್ರಾವದ ಕುರಿತದ್ದಾಗಿದೆ. ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಋತುಸ್ರಾವ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಆಗುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಈ ಮಹಿಳೆಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವಷ್ಟು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸ್ಥಿತಿವಂತರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೭.೫ ರಷ್ಟು, ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಋತುಸ್ರಾವ ಸರಿಯಾಗಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಆಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು. ಅದೇ ರೀತಿ ಇನ್ನುಳಿದ ತಾಲೂಕುಗಳಾದ ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಋತುಸ್ರಾವ ಸರಿಯಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಿದರು. ಇನ್ನು ಔರದ್ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಋತುಸ್ರಾವವೇ ಆಗದೇ ಹೋದಾಗ ಅಥವಾ ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದಾಗ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ತೆರಳುತ್ತಾರೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು, ಮತ್ತು ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಬಳಲಿ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ. ೩೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ. ೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೭.೫ ರಷ್ಟು, ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ. ೨೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ತೊಂದರೆಯಾದರೂ ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಯಾರ ಹತ್ತಿರ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ. ಇವರಿಗೆ ಸಂಕೋಚ ಇತರ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಯದೊಂದಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯವಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತೆರಳದೇ ಇರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ಮನೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸರಿಯಾಗಿಲ್ಲದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಋತುಚಕ್ರದ ಬಗೆಗೆ ತೊಂದರೆ

[illegible]

ಇದ್ದರೂ ಹಣವಿಲ್ಲದ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗದೆ ಅದರ ಬಗೆಗೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೦.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆಯಿಲ್ಲ. ಶೇ.೧೭ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ತೊಂದರೆ ಬಂದಾಗ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ. ಶೇ. ೨೧.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಬಳಲಿದರೂ ಇವರು ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಹೋಗಬೇಕೆಂದರೆ ಇವರಿಗೆ ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದೆರೆಯಿಂದಾಗಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವುದಕ್ಕೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಶೇ.೨೧ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ತೊಂದರೆಗಳಿದ್ದರೂ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಅವರು ಏನನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂಕೋಚದಿಂದ ಇತರ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಯದಿಂದ ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೇ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಋತುಚಕ್ರ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹದ ಒಂದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ. ಅದನ್ನು ಅಶುದ್ಧವೆಂದು ಭಾವಿಸಿ ಆ ಮೂರು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅವರನ್ನು ಹೀನಾಯವಾಗಿ ಕಾಣುವುದು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ತಗಲದಂತೆ ಮುಂಜಾಗ್ರತೆ ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ಒಂದು ಪ್ರಕೃತಿ ಸಹಜ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಮಹಿಳೆಯರು ತಿಳಿದಿರಬೇಕಾದದು ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಆಗ ಅವರ ದೇಹ ಮತ್ತು ಮನಸ್ಸಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೨

ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುವ ಮಹಿಳೆಯರು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಋತುಸ್ರಾವದ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು	ಋತುಸ್ರಾವದ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ವೇದನೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಹಿಳೆಯರು	ಅತಿರಕ್ತ ಸ್ರಾವದಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಹಿಳೆಯರು	ಸೊಂಟನೋವು, ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಕೈ ಕಾಲುಗಳ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಹಿಳೆಯರು
೦೧	ಔರದ್	೩೭.೫	೧೨.೫	೧೫	೩೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೪೫	೧೦	೨೦	೨೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೩೫	೧೦	೨೨.೫	೩೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೭.೫	೧೫	೧೫	೩೨.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೨.೫	೨೦	೧೭.೫	೩೦
	ಸರಾಸರಿ	೩೭.೫	೧೩.೫	೧೮	೩೧

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಹೊಸಪೇಟೆ ಹಾಗೂ ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ. ೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೪೫ ರಷ್ಟು, ದೇವದುರ್ಗ ಶೇ. ೩೫ ರಷ್ಟು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ ೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವ ತೊಡಕುಗಳು, ಗೊಂದಲಗಳು ಸಿಡುಕುತನ ಇಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ವೇದನೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಔರದ್ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ. ೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅತಿರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರಲ್ಲದೆ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಆ ಮಹಿಳೆಯರು ಕಳವಳ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಇವರು ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ತೋರಿಸದೇ ಇರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದರು. ಔರಾದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೫ ರಷ್ಟು ಅಫಜಲಪುರನಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು, ದೇವದುರ್ಗ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು, ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸೊಂಟನೋವು, ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಕೈ ಕಾಲುಗಳ ನೋವುಗಳಿಂದ ಬಳಲುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಗುಲಬರ್ಗಾ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಇದ್ದಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಶೇ. ೧೩.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ವೇದನೆಯಿಂದ ಬಳಲುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಶೇ. ೧೮ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅತಿರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಹಿಳೆಯರಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೩೧ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ವಿವಿಧ ನೋವುಗಳನ್ನು ಋತುಸ್ರಾವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೩

ಅತಿರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅರಿವು ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರು	ಅರಿವು ಇದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು	ಬಡತನದಿಂದ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಅರಿವು ಇಲ್ಲ	ಹೆಣ್ಣು ಎನ್ನುವ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾದ ಮಹಿಳೆಯರು
೦೧	ಔರದ್	೨೦	೧೦	೨೭.೫	೪೨.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೧೨.೫	೧೨.೫	೨೨.೫	೫೨.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೨೦	೧೨.೫	೨೭.೫	೪೦
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೧೭.೫	೧೫	೨೭.೫	೪೦
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೨೦	೧೫	೨೫	೪೦
	ಸರಾಸರಿ	೧೮	೧೩	೨೬	೪೩

ಈ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಔರದ್, ದೇವದುರ್ಗ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದರೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಕೊರತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅರಿವು ಇದೆ. ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೧೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ,

ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದರೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಕೊರತೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪಡೆದು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತೇವೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಔರದ್, ದೇವದುರ್ಗ, ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ ಅವರು ಬಡತನದಿಂದಾಗಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ತಿನ್ನಲು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂಬ ವಿಷಯವನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದರು. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ. ೪೨.೫ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೫೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಮತ್ತು ದೇವದುರ್ಗ, ಹೊಸಪೇಟೆ, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ. ೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಾವು ಹೆಣ್ಣು ಎನ್ನುವ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಮ್ಮ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವಿದೆ ಎಂಬ ಮಾತು ಅತಿಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಬಗೆಯ ತಾರತಮ್ಯಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿರುವ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುವುದನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೧೮.ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದರೆ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಕೊರತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅರಿವು ಹೊಂದಿದವರು. ನಗರದಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಬಂದಂತವರು, ಇವರು ಶಿಕ್ಷಕಿಯರು, ಇಲ್ಲವೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿದ್ದವರು ಆಗಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೧೩ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇದ್ದು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೨೬ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಬಡತನದ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು ಶೇ.೪೩ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿನ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯದಿಂದಾಗಿ ಆಹಾರ ಸಿಗುವಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ತೊಂದರೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಲಿಂಗಸಮಾನತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಸುವಂತಹ ಕೆಲವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡುವ ಆಗತ್ಯವೂ ಇದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ವೈದ್ಯರಂಗದಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಬೇಕಾಗುವ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಾರಬೇಕು. ಪ್ರಜ್ಞಾಪೂರ್ವಕವಾಗಿಯೋ ಅಪ್ರಜ್ಞಾಪೂರ್ವಕವಾಗಿಯೋ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು, ಪದ್ದತಿಗಳನ್ನು, ನಂಬಿಕೆಗಳನ್ನು ಕೈಬಿಡುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಎಚ್ಚರಿಸುವಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಬೇಕಾಗಿವೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೪

ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ವಿಧಾನಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಶುದ್ಧವಾದ ಕಾಟನ್ ಬಟ್ಟೆ	ನ್ಯಾಪ್‌ಕಿನ್‌ಗಳು
೦೧	ಔರದ್	೭೦	೩೦
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೭೦	೩೦
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೭೨.೫	೨೭.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೮೭.೫	೧೨.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೭೫	೨೫
ಸರಾಸರಿ		೭೫	೨೫

ಈ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮೂರರಿಂದ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಐದು ದಿನಗಳ ವರೆಗೆ ಬಳಸುವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ ಔರದ್ ಹಾಗೂ ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೭೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೭೨.೫ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೮೭.೫, ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೭೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಶುದ್ಧವಾದ ಕಾಟನ್ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೂ ಔರದ್ ಮತ್ತು ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೭.೫ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು, ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮೆಡಿಕಲ್ ಶಾಪ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ರೇಡಿಮೇಡ್ ನ್ಯಾಪ್‌ಕಿನ್‌ಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದರು.

ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇ.೭೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮುಟ್ಟಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಮುಜುಗರದಿಂದ ಮತ್ತೆ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಬೇಸರದಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ಆಲಸ್ಯಯಿಂದ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಬದಲಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ಮುಟ್ಟಿನ ವಿಷಯದ ಬಗೆಗೆ ತುಂಬಾ ನಿರ್ಲಕ್ಷವನ್ನು ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದು ಬದಲಾಯಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಬೇಗ ಶುಚಿಗೊಳಿಸದೆ ಬಹಳ ಹೊತ್ತು ಹಾಗೆ ಇಡುವಂತಹದ್ದು, ಕೆಲವರು ಶುಚಿಗೊಳಿಸಿ ಒಣಗಲು ಹಾಕಿದ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲೆ ಬಹಳ ಕಾಲ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ಆ ಬಟ್ಟೆಯ ನೆನಪು ಮತ್ತೆ ಮುಂದಿನ ತಿಂಗಳು ಮುಟ್ಟಾದಾಗಲೇ ಆಗುವಂತಹ ಸಂಗತಿಗಳು ನಮ್ಮ ನಡುವೆ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಇದು ಕೇವಲ ಅವಿದ್ಯಾವಂತರಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ವಿದ್ಯಾವಂತ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲೂ ಈ ಬಗೆಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಇರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ ಶೇ. ೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸ್ಥಿತಿವಂತರಾಗಿದ್ದವರು ಹಾಗಾಗಿ ಅವರು ಮೆಡಿಕಲ್‌ಶಾಪ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ತರ ತರಹ ನ್ಯಾಪ್‌ಕಿನ್‌ಗಳು ಬಳಸುವಷ್ಟು ಮುಂದುವರಿದಿದ್ದಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಬಟ್ಟೆ ಬದಲಾಯಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯರು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಎಂದೇ ಹೇಳಬೇಕು. ಯಾಕೆಂದರೆ ಮುಜುಗರ ಸಂಕೋಚದೊಂದಿಗೆ ಬಳಸಿದ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ಮುಟ್ಟಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಬಟ್ಟೆಗಳು ಶುಚಿಯಾಗಿರಬೇಕು ಸ್ವಲ್ಪ ದಿನಗಳ ನಂತರ ಆ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಬೇಕು ಆದರೆ ಮೊದಲು ಬಳಸಿದ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಮತ್ತೆ ಹೊಸ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಬೇಕೆಂಬ ಅರಿವೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದೇ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ವರ್ಷಾನುಗಟ್ಟಲೆ ಬಳಸುವರು. ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟಿನ ಬಗೆಗಿದ್ದ ಈ ರೀತಿಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದ ಧೋರಣೆ ಬದಲಾಗಬೇಕು. ಈ ಬಗೆಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಅಥವಾ ಮರುವಿಗೆ ಅವರ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡವೂ ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಏನೇ ಆದರೂ ಮುಟ್ಟಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ಬಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ನ್ಯಾಪ್‌ಕಿನ್‌ಗಳು ಶುಚಿಯಾಗಿರಬೇಕು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಇವು ಕೂಡಾ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸೊಂಕುಗಳು ಹಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಮನವರಿಕೆಯಾಗುವಂತೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾದ ಜರೂರಿದೆ. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಈ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಧೋರಣೆಯೇ ಅವರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

೫.೨. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಮತ್ತು ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳು

ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದರ ಮೂಲಕ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿರುವ ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಬೇಕಾದದು ಈ ಆರೋಗ್ಯ

[illegible]

ಯೋಜನೆಗಳ ಗುರಿಯಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಹಿತವನ್ನು ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡೇ ರಚಿತವಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಕಾಗಿರುವುದು ಏಕೆ? ಇದು ನಮ್ಮ ಮುಂದಿರುವ ಮಹತ್ವದ ಪ್ರಶ್ನೆ. ಆದರೆ ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಸದ್ವಿನಿಯೋಗ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಕೇವಲ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆ ಆರೋಪಿಸಲಿಕ್ಕಾಗದು. ಇದಕ್ಕೆ ಆಕೆ ವಾಸವಾಗಿದ್ದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೂ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಈ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಬಹು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಶಿಕ್ಷಣದಿಂದ ದೂರವಿಡುತ್ತಲೇ ಬರಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ನಾಲ್ಕು ಗೋಡೆಯೊಳಗೆ ಇರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡು ಬರಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಹೊರಗೆ ಇಂತಹ ಯಾವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಬಂದರೂ ಅದು ಆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಿಳಿಯುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಪಯೋಗ ಪಡೆಯುವುದಾಗಲಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ವಂಚಿತವಾದ ಪ್ರದೇಶಗಳಾಗಿವೆ. ಹಾಗೆಂದು ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ ಎಂದಲ್ಲ. ಇಲ್ಲಿ ಕೆಲ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಜ್ಞಾವಂತರು ಮತ್ತು ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದವರು ಆಗಿದ್ದಾರೆ. ಇದನ್ನು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸಿದಾಗ ನಗರದವರಿಗಿರುವಷ್ಟು ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾಗಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಾಗಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಂದಾಚಾರಗಳಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಇನ್ನು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಹೊರಬರಲಾಗಿಲ್ಲ. ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಜಾತಿ ಧರ್ಮಗಳ ಕವಚಗಳು, ಅನಕ್ಷರತೆ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಬಂಧಿತರಾಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಯೋಜನ ಸಿಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಈ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಹೇಗೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಬೇಕೆಂದು ಸರಿಯಾಗಿ ಆಲೋಚಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಇನ್ನೂ ಸರಿಯಾದ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲು ಬದ್ಧರಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ಇನ್ನೂ ಚುರುಕಾಗಬೇಕಿದೆ.

ಕೆಲವು ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಅಂದರೆ ಬಡತನ ನಿರ್ಮೂಲನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ, ಕೂಲಿಗಾಗಿ ಕಾಳು ಯೋಜನೆ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿವೆ. ಆದರೂ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ತಳಸ್ತರದಲ್ಲಿ ಆಗಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ತಳಸ್ತರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆಗದೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಅಸಮಾನತೆ ಹಾಗೂ ಹಸಿವು, ಅನಾರೋಗ್ಯ ಈ ಭಾಗದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೇರಳವಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರ ಸರಕಾರ ರೂಪಿಸುವ ನೀತಿಗಳ ಮೇಲೆ ನಿಂತಿದೆ. ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅರಿವು ಇದೆ ಎಂದು ನೋಡಿದಾಗ ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿಚಾರಗಳು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತವೆ.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೫

ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ,	ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ	ಏಡ್ಸ್	ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲ
೦೧	ಔರದ್	೩೭.೫	೧೦	೧೦	೪೨.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೩೦	೧೨.೫	೭.೫	೫೦
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೩೨.೫	೧೦	೧೦	೪೭.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೫	೧೨.೫	೧೫	೩೭.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೦	೧೦	೧೨.೫	೪೭.೫
	ಸರಾಸರಿ	೩೩	೧೧	೧೧	೪೫

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇರುವ ಅರಿವಿನ ಸ್ವರೂಪ ಯಾವ ರೀತಿಯದು ಎಂಬುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯಿದೆ. ಅದೇ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಏಡ್ಸ್ ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇದೆ. ಆದರೆ ಅದೇ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದ್ದು ತುಂಬಾ ವಿಷಾದನೀಯ. ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೩೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು,ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೩.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೩೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಬಗ್ಗೆ ಅಫಜಲಪುರದ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನು ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಯಲಬುರ್ಗದ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೦.ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅರಿವು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೫೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದಾಗಿದ್ದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ದೇವದುರ್ಗ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೪೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಸರಾಸರಿ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೩ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೧೧ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಹಾಗೂ ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇದೆ. ಶೇ.೪೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು, ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಇವರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ಕಾರಣ ಅನಕ್ಷರತೆ, ಕೌಟುಂಬಿಕ ನಿರ್ಬಂಧಗಳು, ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿರುವ ತಾತ್ಸಾರ ಮನೋಭಾವ, ಲಿಂಗತಾರತಮ್ಯ ಇವು ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಷ್ಟೇ ಶಿಬಿರಗಳು ನಡೆಸಿದರೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ಆಗದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಇದರಿಂದ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ತುಂಬಾ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೬

ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಅನಕ್ಷರತೆ	ಆಸಕ್ತಿಯಿಲ್ಲ-ದಿರುವುದು	ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು
೦೧	ಔರದ್	೪೭.೫	೨೭.೫	೨೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೨೨.೫	೫೨.೫	೨೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೩೨.೫	೪೫	೨೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೨.೫	೩೭.೫	೩೦
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೪೨.೫	೩೫	೨೨.೫
	ಸರಾಸರಿ	೩೫.೫	೩೯.೫	೨೫

ಈ ಕೊಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಮತ್ತು ದಟ್ಟವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಾಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಆಯ್ದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಬಹಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಕ್ಷರತೆಯ, ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗ ಹಾಗೂ ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೪೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಕ್ಷರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕಾರಣದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಅವರಿಗೆ ಇಲ್ಲದಂತಾಗಿದೆ. ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೫೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಆಸಕ್ತಿಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು. ಆದರೆ ಇವರು ಸಾಮಾಜಿಕ ಒತ್ತಡದಿಂದ, ಕೌಟುಂಬಿಕ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ಇನ್ನಿತರ ತಾರತಮ್ಯಗಳಿಂದ ಇರುವುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಏನೋಮಾಡೋದಿದೆ ನಮಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋದಾಗ ಸೌಲಭ್ಯ ಸಿಕ್ಕರೂ ಸಾಕು ಎನ್ನುವ ಮನೋಭಾವ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೫ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೭.೫ ರಷ್ಟು, ಯಲಬುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಆಸಕ್ತಿಯಿಲ್ಲದಿರುವದಕ್ಕೆ ಅವರ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೇ ಮುಖ್ಯಕಾರಣ ಎಂಬ ವಿಚಾರ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಅಂದರೆ ಔರದ್ ಹಾಗೂ ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ದೇವದುರ್ಗ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಾಗಲಿ ಸರಿಯಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ

ನೀಡಿಲ್ಲವೆಂದರು. ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೦ ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಾಗಲಿ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯರಾಗಲೀ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ೧೫ ದಿವಸಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಭೇಟಿನಿಡಿದರೆ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯ! ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಹಾಕುತ್ತಾರೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಹೇಳಿಕೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗೆ ಶೇ.೩೫.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಕ್ಷರತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿರುವುದೇ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ಶೇ.೩೯.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅವುಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ಆಸಕ್ತಿಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅವರಿಗೆ ಆ ರೀತಿ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಆಸಕ್ತಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುಕೆಗೆ ಅವರ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡವೂ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಿಡುವಿಲ್ಲದ ಅವರ ದುಡಿಮೆಯ ನಡುವೆ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕೇಳಿ ತಿಳಿಯುವಷ್ಟು ಪುರುಷೊತ್ತು ಅವಳಿಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರು ಈ ವಿಷಯಗಳತ್ತ ನಿರಾಸಕ್ತಿ ತೋರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗೆ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೇ ಕಾರಣವೆಂಬ ಅಂಶ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದಿದೆ.ಅಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸರಿಯಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಆರೋಪ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರದ್ದು.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಾದ ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ, ಕ್ಷಯನಿರ್ಮೂಲನೆ ಇನ್ನಿತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಿಕ್ಕೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಅರಿವು ಇಲ್ಲವೆಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆ ಹುಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಹೀಗೆ ಉತ್ತರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ವಾಸ್ತವ್ಯ ಹೂಡಬೇಕು ಎನ್ನುವುದೇನೋ ನಿಜ. ಆದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಕ್ವಾರ್ಟರ್ಸ್ ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್ ಓದಿದಾಗ ಕಲಿತ ಅನೇಕ ಸಂಗತಿಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಅನುಪಯುಕ್ತ. ಕೇವಲ ಜ್ವರಕ್ಕೆ ಮದ್ದು ನೀಡುತ್ತ ಆಯಸ್ಸು ಕಳೆಯಲು ಯಾವ ವೈದ್ಯ ಒಪ್ಪುತ್ತಾರೆ.? ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಜ್ಞಾನ ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಲವಾರು ಅವಕಾಶಗಳಿವೆ. ವಿಚಾರ ಸಂಕಿರಣಗಳೇ ಮೊದಲಾದ ವೃತ್ತಿ ನೈಪುಣತೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ನಗರದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಮಾಡಿ ಜ್ಞಾನ ವೃದ್ಧಿಸಲು ಅವಕಾಶ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವೈದ್ಯರದ್ದು. ಇಂತಹ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಇಂದೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಮುಖ್ಯಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ದುರವಸ್ಥೆಗೆ ಯಾರು ಹೊಣೆ ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆ ಹುಟ್ಟುವುದು ಸಹಜ.ಆದರೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿರುವುದೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆಗೆ. ಆದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕಲ್ಪಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಎಂಬ ಅಂಶವನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ಜೊತೆಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿನ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಬಗೆಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ

ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಸಹಾ ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಈಗಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಸಬಲೀಕರಣಗೊಳಿಸಿ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೂ ಇರುವ ಸೌಲಭ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ನಿಟ್ಟಿನ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಾದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಲಾಭ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪುತ್ತದೆ.

೫.೩ ಸರಕಾರಿ ಯೋಜನೆಗಳು: ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ-ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

ಈಗಾಗಲೇ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು, ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ನೋಡಲಾಗಿದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೭

ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಉಪಯೋಗ ಪಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ	ಜಿಲ್ಲಾ ಅಥವಾ ತಾಲೂಕು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಯಾವ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಪಡೆದಿಲ್ಲ
೦೧	ಔರದ್	೪೦	೩೨.೫	೧೭.೫	೧೦
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೩೨.೫	೨೫	೩೭.೫	೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೩೨.೫	೩೨.೫	೩೨.೫	೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೫	೩೨.೫	೨೨.೫	೧೦
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೭.೫	೨೭.೫	೨೨.೫	೧೨.೫
	ಸರಾಸರಿ	೩೫.೫	೩೦	೨೬.೫	೮

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕ ಸೂಚಿಸುವಂತೆ ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸರಕಾರ ಕೊಡುವ ದುಡ್ಡು ಪಡೆದಿದ್ದೆವೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು. ಅಫಜಲಪೂರ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೩೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೩೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಔರದ್, ದೇವದುರ್ಗ, ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಜಿಲ್ಲಾ ಅಥವಾ ತಾಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೨೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಾಲೂಕು ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು,

ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಭಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗಾಗಿ ಪಕ್ಕದ ಸೊಲ್ಲಾಪುರ, ಮಿರಜ್ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೩೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವುದೇ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೀಗೆ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೩೫.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೩೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಜಿಲ್ಲಾ ಅಥವಾ ತಾಲೂಕು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು, ಶೇ.೨೬.೫ ರಷ್ಟು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು, ಅವಲಂಬಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೮ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವುದೇ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಮಾತು ನಂಬಲಿಕ್ಕೆ ಆಗಲ್ಲ.

ಕುಟುಂಬದ ಸಮಗ್ರ ಕ್ಷೇಮ ಯೋಜನೆಯೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ. ಅನಪೇಕ್ಷಿತ ಅಥವಾ ಬೇಡವಾದ, ಇಷ್ಟವಿಲ್ಲದ ಸಂತಾನವನ್ನು ತಪ್ಪಿಸುವುದು, ಬೇಕಾದಾಗ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು, ಜನನಗಳ ಮಧ್ಯದ ಅಂತರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿರಬೇಕಾದ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು. ವೈವಾಹಿಕ ಜೀವನದ ಪೂರ್ಣಸುಖ ಬಯಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಕಲ್ಯಾಣಕ್ಕಾಗಿ, ಹುಟ್ಟಿದಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರ, ಬಟ್ಟೆ, ಉತ್ತಮಶಿಕ್ಷಣ, ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಉತ್ತಮ ನಾಗರೀಕರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆ ಸಹಾಯಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ. ಇದು ಕುಟುಂಬದ ಆರ್ಥಿಕ ಸುಧಾರಣೆಗೆ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆ ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿದ್ದು, ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅದು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೮

ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ	ಸಂತಾನವನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು	ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ವಿರಿಸುವುದು	ಮೂರುಸರಿ
೦೧	ಔರದ್	೪೫	೧೭.೫	೧೭.೫	೨೦
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೩೨.೫	೨೨.೫	೨೦	೨೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೨೫	೧೨.೫	೨೫	೩೭.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೩೨.೫	೧೦	೧೫	೪೨.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೫೨.೫	೧೭.೫	೧೦	೨೦
	ಸರಾಸರಿ	೩೭.೫	೧೬	೧೭.೫	೨೯

ಈ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವಂತೆ ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂದರೆ ಔರದ್ ಶೇ.೪೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಅಫಜಲಪುರ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೩೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣವೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂಬ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೫೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಹ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂದರೆ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕೂಡ ಸಂತಾನನಿಯಂತ್ರಣವೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಔರದ್ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ ೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂತಾನವನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಲಜಲಪುರದ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರವಿರಿಸುವುದೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ ೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಔರದ್ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂತಾನನಿಯಂತ್ರಣ, ಸಂತಾನವನ್ನು ಪಡೆಯುಂತೆ ಮಾಡುವುದು, ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರವಿರಿಸುವುದು ಈ ಎಲ್ಲ ಉದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತಹದ್ದು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಈ ರೀತಿ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟವರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಕ್ಷರಸ್ಥರು, ಉದ್ಯೋಗಿಗಳು ಆಗಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅರಿವು ಇದೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂತಾನನಿಯಂತ್ರಣವೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೧೬ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂತಾನವನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಹಾಗೂ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರವಿರಿಸುವುದೇ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಶೇ.೨೯ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಇವರು ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಸಂಭವವಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ವಾಸ್ತವ ಚಿತ್ರಣ ಏನು ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸೋಣ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೧೯

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾದ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಹೊಟ್ಟೆನೋವು	ಸೊಂಟನೋವು	ಆಯಾಸ	ಯಾವ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿಲ್ಲ
೦೧	ಔರದ್	೧೨.೫	೨೦	೧೫	೫೨.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೧೫	೧೦	೧೭.೫	೫೭.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೨೦	೧೫	೧೨.೫	೫೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೧೭.೫	೧೭.೫	೧೫	೫೦
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೧೭.೫	೧೨.೫	೧೭.೫	೫೨.೫
ಸರಾಸರಿ		೧೬.೫	೧೫	೧೫.೫	೫೩

ಈ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದ ಮಹಿಳೆಯರ ನೈಜ ಸ್ಥಿತಿಗಳೇನು ಎಂಬುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತವೆ. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟುಮಹಿಳೆಯರು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಂಡ ಮೇಲೆ ಹೊಟ್ಟೆನೋವುಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸೊಂಟನೋವಿಗೆ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆಯಾಸಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಸೊಂಟನೋವು ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆಯಾಸಕ್ಕೆ ಒಳಗಾದ ಸಂಗತಿ ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಸೊಂಟನೋವು, ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆಯಾಸ ಬಂದಿದೆ. ಹೊಸಪೇಟೆ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದ ಮೇಲೆ ಹೊಟ್ಟೆನೋವು ಬಂದಿತ್ತು ಎಂದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ತಿಳಿಸಿದರು. ಅಲ್ಲದೆ ಔರದ್, ದೇವದುರ್ಗ ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ಶೇ.೫೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ. ೫೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಗಳು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಂಡ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಸಂಗತಿಯೂ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಸರಾಸರಿ ನೋಡಿದಾಗ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಂಡ ಮೇಲೆ ಶೇ.೧೬.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸೊಂಟನೋವು, ಶೇ.೧೫.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆಯಾಸ ಬರುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಸಂಗತಿ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ ಶೇ.೫೩ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳು ಯಾವ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಬೀರಿಲ್ಲ ಎಂಬ ವಿಷಯ ತಿಳಿದು ಬಂದಿರುವುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೨೦

ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು ಅನುಸರಿಸಿದ ವಿಧಾನಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳು		ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳು		
		ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ	ಉದರದರ್ಶಕ	ಗರ್ಭ ನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳು	ಕಾಪರ್.ಟಿ	ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ
೦೧	ಔರದ್	೪೭.೫	೨೭.೫	೧೦	೧೨.೫	೨.೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೫೨.೫	೧೭.೫	೧೨.೫	೧೦	೭.೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೪೭.೫	೧೭.೫	೧೫	೧೨.೫	೭.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೪೨.೫	೧೨.೫	೨೫	೧೭.೫	೨.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೩೫	೧೭.೫	೧೭.೫	೨೨.೫	೭.೫
	ಸರಾಸರಿ	೪೫	೧೮.೫	೧೬	೧೫	೫.೫

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ಮಹಿಳೆಯರು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ವಿಧಾನ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಫಲಾನುಭವಿಗಳ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನಾಗಿವೆ ಎಂಬುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಔರದ್ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೪೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೫೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆ ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸಿ ಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೩೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನವಾದ ಟುಬೆಕ್ಟಮಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನೊಂದು ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನವಾದ ಉದರದರ್ಶಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರ, ದೇವದುರ್ಗ, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಉದರ ದರ್ಶಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಉದರದರ್ಶಕವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳು ಅತಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಅವು ಅವರ ವರದಾನ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿದೆ. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಕಾಪರ್-ಟಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ನುಂಗುವ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು, ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕಾಪರ್-ಟಿ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳಲು ಇಷ್ಟಪಟ್ಟರೆ, ಶೇ.೨೨.೫ ರಷ್ಟು ಕಾಪರ್-ಟಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ದೇವದುರ್ಗದ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ, ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕಾಪರ್-ಟಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಶೇ.೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕಾಪರ್ ಟಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪೂರ, ದೇವದುರ್ಗ, ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸರಕಾರದ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ

[illegible]

ಮಾರುಹೋಗದೆ ಅಥವಾ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದೆ ಹಳೆಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಅಂದರೆ ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಇಷ್ಟಪಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಟುಬೆಕ್ಟಮಿ ವಿಧಾನವನ್ನು, ಶೇ.೧೮.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಉದರದರ್ಶಕ ವಿಧಾನವನ್ನು, ಶೇ.೧೬ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು, ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಕಾಪರ್-ಟಿ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವರೆಂದು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನುಳಿದಂತೆ ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಶೇ.೫.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಭಾಗಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ.

ಕಾಪರ್-ಟಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಮಗೆ ಭಯವಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸಲು ನಮಗೆ ಇಷ್ಟವಿಲ್ಲ ಆದರೂ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ತೆ, ಗಂಡನ ಒತ್ತಾಯದಿಂದ ಕಾಪರ್-ಟಿ ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದರು. ಹೀಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮೂಲದಲ್ಲಿ ಪುರುಷಶಾಹಿತ್ವವು ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಂಗತಿ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಪುರುಷರು ಭಾಗಿಯಾಗಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಲವಾದರೂ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ದೊರೆಯಲಿಲ್ಲ. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಹೇಗೆ ಅವಳಿಗೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿದೆಯೋ ಹಾಗೆಯೇ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕೆ ಅವಳನ್ನೆ ಗುರಿಯಾಗಿಸಿ ಅದು ಅವಳ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಎನ್ನುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಸಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರೇ ಅನುಸರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಮತ್ತು ಅದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆಯುವ, ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ, ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಎಷ್ಟು ಅಂತರಗಳಿರಬೇಕು ಎಂದು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರ ಕೂಡ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇರುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಆ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆ, ಮಹಿಳೆಯರ ಶಿಕ್ಷಣ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯ, ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣದ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗಗಳಾಗಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಇದೆ.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೨೧

ಮಹಿಳೆಯರು 'ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್' ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಗಂಡು ಮಗುವಿ ಗೋಸ್ಕರ	ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿ ಗೋಸ್ಕರ	ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕೋಸ್ಕರ	ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲಿಕ್ಕೆ
೦೧	ಔರದ್	೫	೫	೫೦	೪೦
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೫	೭.೫	೬೭.೫	೨೦
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೫	೫	೬೨.೫	೨೭.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೧೭.೫	೫	೬೨.೫	೧೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೧೨.೫	೧೦	೬೭.೫	೧೦
	ಸರಾಸರಿ	೯	೬.೫	೬೨	೨೨.೫

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ರಚಿಸಲಾದ ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನು ಎಂಬುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಔರದ್, ಅಫಜಲಪೂರ, ದೇವದುರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರು ಶೇ.೫ ರಷ್ಟು ಗಂಡು ಮಗುವಿನ ಸಲುವಾಗಿ ನಾವು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿದರು. ಯಾಕೆಂದರೆ ಈಗಾಗಲೇ ನಮಗೆ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳು ಇದ್ದಾರೆ ಬರೀ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳು ಹುಟ್ಟಿದರೆ ಸಾಕಲಿಕ್ಕೆ ಕಷ್ಟವೆಂಬ ವಿಚಾರವನ್ನು ಅವರು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಶೇ.೧೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ.೧೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗಂಡು ಮಗುವಿನ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸುತ್ತೇವೆ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಈ ರೀತಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಬೇಕೆಂಬ ವಿಚಾರ ಹೊಂದಿದವರಿಗೆ ಕೈ ಜೋಡಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳಲ್ಲಿ ೫೦೦ ರಿಂದ ೧೦೦೦ ರೂಪಾಯಿಗಳು ಕೊಟ್ಟರೆ ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿದ್ದರೆ ಗರ್ಭಪಾತ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೇಳಿದರು. ಹೊಸಪೇಟೆ, ದೇವದುರ್ಗ, ಔರದ್‌ನ ಶೇ.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದ ಶೇ.೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿಗೋಸ್ಕರ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೆಂಟರ್‌ಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದರು. ಇವರು ಅತಿ ಹೆಮ್ಮೆಯಿಂದ ನಮಗೆ ಹೆಣ್ಣುಮಗು ಬೇಕು ಎಂದು ಅಭಿಲಾಷೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರೂ ಸಹಾ ಇವರ ಈ ಅಭಿಲಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿಗೆ ಎರಡನೆಯ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಈ ರೀತಿ ಹೆಣ್ಣು ಮಗು ಬೇಕು ಎಂದು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಈಗಾಗಲೇ ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪಡೆದವರೇ ಆಗಿದ್ದರು.

ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ ೬೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ದೇವದುರ್ಗ ಮತ್ತು ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೬೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇವರಲ್ಲಿ ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಭಯದಿಂದ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲು ತಿರಸ್ಕಾರ ಸೂಚಿಸಿದರು. ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೪೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು, ಅಫಜಲಪುರದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಹೇಳಿದರು. ದೇವದುರ್ಗದಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೭.೫ ರಷ್ಟು, ಹೊಸಪೇಟೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ಯಲಬುರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಶೇ.೧೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಸರಾಸರಿ ನೋಡಿದಾಗ ಶೇ.೯ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಗಂಡುಮಕ್ಕಳ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿರುವುದು, ಶೇ.೬.೫ರಷ್ಟು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿರುವುದು, ಶೇ.೬೨ರಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿರುವುದು, ಶೇ.೨೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗೆ ಇರುವ ಮಗು ಗಂಡೋ, ಹೆಣ್ಣೋ ಎಂಬ ಕುತೂಹಲ ಪ್ರತಿ ಗರ್ಭವತಿ ಮಹಿಳೆಗೂ, ಮತ್ತವಳ ಪತಿಗೂ ಇರುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ರೀತಿಯ ಮಗುವಿನ ಲಿಂಗ ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕೆಲವರು ದುರುಪಯೋಗ

[illegible]

[illegible]

ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಸ್ತ್ರೀಭ್ರೂಣ ಹತ್ಯೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗತೊಡಗಿದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತು ಕೆಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಯಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳ ಉಪಯೋಗವನ್ನು ಜನ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದರೂ ಅವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿನ ಶೋಷಣೆಗೆ ಎಡೆಮಾಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ದೂರ ಉಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿಗಳೇ ತಿಳಿಸಿದ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿತು.

೫.೪ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಪಾತ್ರ

ಅನಾರೋಗ್ಯಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸುವುದಷ್ಟೆ ತಮ್ಮ ಕೆಲಸವೆಂದು ವೈದ್ಯರು ತಿಳಿಯುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯ ಮತ್ತು ಇಡೀ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉಳಿಸುವುದೂ ಅವರ ಕರ್ತವ್ಯದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಸೇರಿದ್ದು ಎನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ತಪ್ಪೇನಿಲ್ಲ. 'ಆರೋಗ್ಯವು ಇಂದು ಖರೀದಿಸಬಹುದಾದ ಸರಕಾಗಿದೆ' (Health is a Purchasable commodity) ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪುಷ್ಟಿಕರವಾದ ಆಹಾರ, ದೇಹರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಬಟ್ಟೆ, ಒಳ್ಳೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮನೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರ, ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಾಗುವ ವೈದ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ವರ್ಧನೆಗೆ ಅಗತ್ಯ. ಇವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಪಡೆಯಲು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹಣ ಬೇಕು. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಹಣವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಇವೆಲ್ಲ ಅವರಿಗೆ ದೊರೆಯದೆ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬದುಕಿ ರೋಗ ಪೀಡಿತರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಬಡತನವೇ ಮಹಿಳೆಯರ ದೊಡ್ಡ ರೋಗ ಎಂಬ ಹೇಳಿಕೆಯೂ ಇದೆ. ಆದರೆ ಹಣವಿದ್ದಾಕ್ಷಣ ಆರೋಗ್ಯ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ ರೋಗ ಬರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಗ್ಯಾರಂಟಿ ಇಲ್ಲ. ಯಾವ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ನೋಡಿದರೂ ಬಡವರಷ್ಟೇ ಶ್ರೀಮಂತ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ಜೀವನಶೈಲಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಗಳು ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತವೆ. ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರಲು ಸವಲತ್ತುಗಳಿದ್ದರೂ ಅನೇಕ ಮಹಿಳೆಯರು ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ ನಂಬಿಕೆ ಆಚರಣೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪೀಡಿತರಾಗುತ್ತಾರೆ. ನಮ್ಮ ಭಾರತೀಯ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ವರ್ಗ ಭೇದವಿಲ್ಲದೆ ವಿದ್ಯಾವಂತರೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಅನೇಕರು ಮೂಢನಂಬಿಕೆ ಕಂದಾಚಾರಗಳ ಫಲವಾಗಿ ಅನೇಕ ಬಗೆಯ ರೋಗ ರುಜಿನಗಳನ್ನು ಬರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ರೋಗಬಂದ ಮೇಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಮನೋಭಾವ ಬದಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ರೋಗಗಳು ಮತ್ತಷ್ಟು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಕಾಡುತ್ತವೆ. ಅನೇಕ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳಿಂದ ದೊರಕಿರುವ ವೈದ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾಕ್ರಮಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳ ಲಾಭವನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಪಡೆಯಲು ನಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಬಹುಕಾಲದಿಂದಲೂ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ ನಂಬಿಕೆ, ಆಚರಣೆಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅನೇಕ ಬಾರಿ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಇದನ್ನು ದೂರಮಾಡಲು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಪ್ರಜ್ಞೆಯನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖವಾದುದು.

[illegible]

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗ ಪೀಡಿತರನ್ನು ನೋಡಬೇಕು. 'ಏನಾಯಿತು ನಿಮಗೆ ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದಿದೆ' ಎಂದು ಪ್ರಶ್ನಿಸಿದರೆ ಸಾಕು 'ಅಯ್ಯೋ ನನ್ನ ಗ್ರಹಚಾರ ಸರಿ ಇಲ್ಲ' ಎನ್ನುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಮಾನವಾತೀತ ಶಕ್ತಿಗಳು ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರಣ ಎನ್ನುವವರು ಇದ್ದಾರೆ. ಕಾಲರಾ, ವಾಂತಿಬೇಧಿ, ದಡಾರ ಬಂದರೆ ಇಂದಿಗೂ ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆ ಮಾರೆಮ್ಮ, ದುರ್ಗಮ್ಮ, ಅಮ್ಮನ ಕೋಪಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಣಿ ಬಲಿಕೊಡಬೇಕು, ಆಗ ರೋಗ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಂಬಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ದವಾಖಾನೆಗೆ ಹೋದರೆ ಯಾವ ಪ್ರಯೋಜನವಿಲ್ಲವೆಂದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ಹೇಳಿರುವುದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಮಗುವಿಗೆ ಸೋಂಕಾಗಿ ಅಥವಾ ತಿಂದ ಆಹಾರ ಪಚನವಾಗದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಭಯ ಒತ್ತಡಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಅತ್ತರೆ ಸಾಕು ದೃಷ್ಟಿಯಾಗಿದೆ ಅಥವಾ ಗ್ರಹ ಬಡಿದಿದೆ ಎಂತಲೋ ತಾಯಿತ, ವಿಭೂತಿ ಮಂತ್ರಿಸಿದ ಬೂದಿ, ನೀರಿಗಾಗಿ ಪೂಜಾರಿಗಳತ್ತ, ದೇವಸ್ಥಾನಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದು ಇಂದಿಗೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿಲ್ಲ. ಪೂರ್ವಜನ್ಮದ ಪಾಪ, ದೈವಶಾಪ, ಭೂತ-ಪ್ರೇತಗಳು, ಮದ್ದು-ಮಾಟಗಳು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಬಲವಾಗಿದೆ. ರೋಗಿಗಳನ್ನು ತಿರಸ್ಕಾರ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನೋಡುವ ಕುಟುಂಬಗಳು ಕೂಡ ಉಂಟು. ಇದಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ಕಾರಣ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆ ಎನ್ನಬಹುದು.

ರೋಗಗಳು ಬಂದಾಗ ಸೂಕ್ತವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಏನು? ಆಗ ಮಹಿಳೆಯರು ಏನು ಮಾಡಬೇಕು? ಏನು ಮಾಡಬಾರದು? ಅಲ್ಲದೆ ರೋಗ ಬೇಗ ಗುಣಹೊಂದಲು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ವೈದ್ಯರು ಮುಂದಾಗಬೇಕಿದೆ. ಈ ಬಗ್ಗೆ ಆಸಕ್ತಿವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ ರೋಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆ ಮತ್ತು ಆಚರಣೆಗಳು ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿವೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ಅಮೂಲ್ಯವಾದ ಹಣ, ವೇಳೆ, ಶ್ರಮ ವ್ಯರ್ಥವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ರೋಗಗಳಿಂದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ತಪ್ಪು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದಲೂ ನರಳುತ್ತಾರೆ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಮನೆಮದ್ದು. ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ರೂಢಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳೂ ಇದ್ದು ಸಾಕಷ್ಟು ಗೊಂದಲವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಇಂತಹ ದೇವರು, ಇಂತಹ ದೇವಸ್ಥಾನ, ಚರ್ಚ್, ಪುಣ್ಯಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ಹೋಗಿ ರೋಗ ವಾಸಿಯಾಗುವುದು ಗ್ಯಾರಂಟಿ ಎಂಬ ಬೋಧನೆ ಪುಕ್ಕಟೆಯಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಬಂದಾಗ ಊರ ದೇವತೆಗೆ ಕುರಿ-ಕೋಣಗಳನ್ನು ಬಲಿಕೊಟ್ಟರೆ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಉಪದೇಶ ಮಾಡುವ ಜನರಿಗೂ ಅದನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುವ ಜನರಿಗೂ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿಲ್ಲ.

ಅದಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮಲ್ಲಿಗೆ ಬರುವವರಲ್ಲಿ ರೋಗ, ಕಾರಣ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿವಾರಣೆಯ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಿ-ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಬಳಸಬೇಕು. ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮಲ್ಲಿಗೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪ್ರೀತಿಯಿಂದ ಕಾಣಬೇಕು. ರೋಗಿಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ಮಾನವೀಯತೆಯಿಂದ ವರ್ತಿಸಬೇಕು. ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಗೆ ತಾವು ಕೊಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ಅವರು ರೋಗಿಗಳೊಡನೆ ವ್ಯವಹರಿಸುವ ರೀತಿ ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ರೋಗಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ನಿಮ್ಮ ಕಾಯಿಲೆ ಬೇಗ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಧೈರ್ಯ ತುಂಬಿದರೆ, ರೋಗಿಗಳ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸವು ಹೆಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಆಗ ರೋಗಿಗಳು ಅರ್ಧ ಕಾಯಿಲೆ ವಾಸಿಯಾದಂತೆಯೇ ಸರಿ. ಅಂದರೆ ವೈದ್ಯರ

[illegible]

ಮಾತು ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ ಅಷ್ಟೊಂದು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಲ್ಲವು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಈ ವೈದ್ಯರು ನಮ್ಮನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನೋಡಲಿಲ್ಲ ತಮ್ಮ ಕಾಯಿಲೆಯು ಬೇಗ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೋ ಇಲ್ಲೋ ಎನ್ನುವ ಕೀಳಿರಿಮೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗಳು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಯಾವತ್ತು, ಯಾವುದೇ ರೋಗಿಯಾಗಿರಲಿ ಅವರ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಕುಂದುವಂತೆ ಮಾಡದೇ, ಕಳೆದು ಹೋಗಿದ್ದು ರೋಗಿಗಳ ಚೈತನ್ಯವನ್ನು ತುಂಬುವಂತಹ ಪ್ರಮುಖ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು.

ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯರು ತಾವು ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ಡಿಗ್ರಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ವಿದ್ಯಾವಂತರೂ ಪ್ರತಿಷ್ಠಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೂ ಎಂದು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ದೂರವಿರಸಬಾರದು. ಅವರೊಂದಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಆತ್ಮೀಯವಾದಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಎಲ್ಲವನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಆಗ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆ ಸೂಚನೆ ನೀಡಲು ಮತ್ತು ಅವರ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಬೇಗ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ವೈದ್ಯರು ತಮ್ಮಲಿಗೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಹೊಸದಾಗಿ ಬಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಉಪಯೋಗ ಪಡೆಯುವಂತೆ ಜನರನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಪಾತ್ರ ಬಹಳ ಮಹತ್ವದಾಗಿದ್ದು, ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪುಸುವಲ್ಲಿ ಜನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವಲ್ಲಿ ಇವರು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮತ್ತು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಪಾತ್ರವು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾದುದು. ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇವರು ಸಲ್ಲಿಸುವ ಸೇವೆ ಮೆಚ್ಚುವಂತಹುದು. ದೇಹದ ಶುಚಿತ್ವ, ಪರಿಸರ ನೈರ್ಮಲ್ಯ, ಸಾಂಕ್ರಮಿಕ ರೋಗಿಗಳಿಗಾಗಿ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಜನರಿಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿವಹಿಸಿ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಅವರನ್ನು ತಪಾಸಣೆ ಒಳಗು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದಾಗ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು, ಆ ಬಗೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದುನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ತಿಳಿಯಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ : ೫.೨೨

ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವವರು

(ಶೇಕಡಾವಾರು)

ಕ್ರ.ಸಂ	ತಾಲೂಕುಗಳು	ಆರೋಗ್ಯದ ಸಹಾಯಕಿಯರು	ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು	ವೈದ್ಯರು	ಸ್ವಂತಃ ಅರಿವು ಹೊಂದಿದವರು
೦೧	ಔರದ್	೨೨.೫	೧೫	೩೭.೫	೨೫
೦೨	ಅಫಜಲಪುರ	೨೦	೧೨.೫	೪೨.೫	೨೫
೦೩	ದೇವದುರ್ಗ	೧೨.೫	೧೦	೫೫	೨೨.೫
೦೪	ಹೊಸಪೇಟೆ	೨೫	೨೨.೫	೩೫	೧೭.೫
೦೫	ಯಲಬುರ್ಗಾ	೧೭.೫	೧೫	೪೭.೫	೨೦
	ಸರಾಸರಿ	೧೯.೫	೧೫	೪೩.೫	೨೨

[illegible]

ಈ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ತಿಳಿದು ಬರುವಂತೆ ಔರದ್‌ನಲ್ಲಿ ಶೇ.೨೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಮೂಲಕ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಮೂಲಕ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಶೇ.೩೭.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕುರಿತು ಅರಿವನ್ನು ಮೂಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇನ್ನು ಶೇ.೨೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅಕ್ಷರಸ್ಥರು, ಕೆಲವರು ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿರುವರು ಇವರಿಗೆ ಮಾಧ್ಯಮದ ಮೂಲಕ, ಓದಿನ ಮೂಲಕ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆ. ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಶೇ.೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ, ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ಶೇ.೪೨.೫ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಎಂಬುದಾಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಅಲ್ಲಿನ ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವತಃ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತೆಯೇ ದೇವದುರ್ಗ ಶೇ.೧೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಹಾಯಕಿರು, ಶೇ.೧೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅಂಗನವಾಡಿಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು, ಶೇ.೫೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವರು. ಅಲ್ಲದೆ ದೇವದುರ್ಗ ಶೇ.೨೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಸ್ವತಃ ಅರಿವುಹೊಂದಿದವರು. ಆದೇ ರೀತಿ ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಶೇ.೨೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಂದ, ಶೇ.೨೨.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಂದ ಶೇ.೩೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯುವರು. ಹಾಗೂ ಇನ್ನುಳಿದ ಶೇ.೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಾವಾಗಿಯೇ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಅರಿತವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಯಲಬುರ್ಗಾದ ಶೇ. ೧೭.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಂದ, ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರಿಂದ, ಮತ್ತು ಶೇ.೨೦ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ವತಃ ತಮ್ಮ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಂದ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸರಾಸರಿ ಶೇ.೧೯.೫ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿದ್ದಾರೆ ಶೇ.೧೫ರಷ್ಟು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ ಶೇ.೪೩.೫ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯರು ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಬಂದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರಗಳ ಮೂಲಕ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿದ್ದು ಶ್ಲಾಘನೀಯ. ಶೇ.೨೨ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ವತಃ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ನಮ್ಮ ಭಾರತೀಯ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕಡಿಮೆ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪುರುಷರ ಊಟವಾದ ನಂತರ ಮಹಿಳೆಯರು ಉಣ್ಣುವ ಕ್ರಮ ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಊಟ ಮಾಡುವ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರು ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಪೋಷಕಾಂಶದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತಾರೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಬಡ ಕುಟುಂಬಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದವರಾಗಿದ್ದರಂತೂ ಆಹಾರದ ಅಭಾವ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಅರಿವು ಇದ್ದರೂ ಕೂಡ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆಹಾರ ಸಿಗುವುದು ಅಪರೂಪ. ಬಡತನದ ರೇಖೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ

ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಒಂದೆಡೆ ರೋಗರುಜಿನಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಹೆರುವ ಒತ್ತಡಗಳಿಂದಾಗಿ ಈ ಕೊರತೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಿಗಡಾಯಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಸಾಧನಗಳ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದೆ ಮಕ್ಕಳಾಗುವುದೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದರಿಂದ ತಾಯ್ತನದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆ ಕಾಡುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಇವರಿಗೆ ಹುಟ್ಟುವ ಮಕ್ಕಳು ಕಡಿಮೆ ತೂಕದಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದು, ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿನ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಅಧ್ಯಯನಗಳು ತಿಳಿಸುವಂತೆ ಮಕ್ಕಳಾಗುವ ವಯೋಮಾನದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ. ಬಹುತೇಕ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಕಾರಣ ಅದರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಜನರಿಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು , ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರು ಇದರ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮೂಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನಾನು ಕೈಗೊಂಡ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದ್ದಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಹಲವಾರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸರಕಾರ ರೂಪಿಸಿದ್ದರೂ ಸಹ ಅವು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಿವೆ. ಅಂದರೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾರಿಗಾಗಿ ರೂಪಿತವಾಗಿವೆಯೋ ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪುತ್ತಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲವಾಗಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಅವರಲ್ಲಿರುವ ಅನಕ್ಷರತೆ, ಅಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಅವರಿಗಿರುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷವು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಆ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಎಷ್ಟು ಮುಖ್ಯವೋ, ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮೊದಲು ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವುದು ಕೂಡ ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ರೀತಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಅನಕ್ಷರನ್ನಾಗಿಯೂ, ಅಜ್ಞಾನಿಗಳನ್ನಾಗಿಯೂ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕೆ ಪುರುಷ ಪ್ರಧಾನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೇ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಶಿಕ್ಷಣದಿಂದ ದೂರವಿಡಲಾಗಿದೆ. ಕೇವಲ ಕೌಟುಂಬಿಕ ಚೌಕಟ್ಟಿಗೆ ಅವಳನ್ನು ಬದ್ಧಗೊಳಿಸಿದ್ದರಿಂದ, 'ಅಟ್ಟುವ ಕೈಗೆ ಅಕ್ಷರ ಯಾಕೆ?' ಎಂಬ ಮನೋಭಾವ ಮಹಿಳೆಯರ ಬಗೆಗಿತ್ತು. ಹಾಗಾಗಿ ಮೊದಲು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡಬೇಕೆಂಬ ಆಲೋಚನೆಯೇ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ 'ಕೊಟ್ಟ ಹೆಣ್ಣು ಕುಲಕ್ಕೆ ಹೊರಗು' ಎನ್ನುವ ಧೋರಣೆ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಪುರುಷರ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ನೀಡಿದಷ್ಟು ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರು ಕೇವಲ ಮನೆ ಗಂಡ ಮಕ್ಕಳು ಎನ್ನುವ ಪರಿಧಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಉಳಿದು ಬಿಡವುದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಹೊರಗಿನ ಆಗು ಹೋಗುಗಳೇನು ತಿಳಿಯವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಬೇಕೆಂದರೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಗತಿಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವಿನ ಶಿಬಿರಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವಂತೆ ಮನವೊಲಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಆ ಶಿಬಿರಗಳಿಂದ ನಮಗೆ ಏನು ಲಾಭ ಎಂಬ ಮನೋಭಾವ ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದು, ಈ ರೀತಿ ನಡೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಕಾಣುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳಿಂದ ದೂರ ಉಳಿದು ಅವುಗಳ ಲಾಭದಿಂದ

ವಂಚಿತರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಹೊಲಗದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ ಬಹುಪಾಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದಾರೆ ಹಾಗಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳು ಬಂದರೂ, ಹೋದರೂ ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅವರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಮತ್ತು ಆ ಬಗೆಗೆ ಅವರು ತಲೆಕೆಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ. ಏನೋ ತೀರಾ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಈಡಾದಾಗ ಮಾತ್ರ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಬೇಟಿಕೊಡುವಂತಹದ್ದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಬಡಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಿಡಾದರೂ ಯಾರು ಅದನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಅವರಿಗೆ ಹಣದ ಅಭಾವ ಇರುವುದರಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ತೋರಿಸಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳಿಗೆ ಹಣ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವಷ್ಟು ಶಕ್ತರಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಬಲರಾಗಿದ್ದ ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಡಾ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ನಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಪುರುಷನ ನಂತರದ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಂದರೂ ಅದನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯರು ಗೃಹಸೇವಕೀಯರೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸ್ಪಟ್ಟಿದ್ದರಿಂದ ಇವರನ್ನು ಯಾರು ಉಪಚರಿಸಬೇಕು? ಗಂಡಸರು ಸೇವಾ ಪರಿಚಾರಕರಾಗಿ ಗುರಿತಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿಲ್ಲ. ಅವರೇನಿದ್ದರೂ ಯಜಮಾನರು. ಉಪಚರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವವರು. ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವವರು ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಕುಟಂಬದಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಇರುವುದನ್ನು ಮತ್ತೊಬ್ಬ ಮಹಿಳೆ ಕಂಡರೂ ಕಾಣದಂತೆ ಇದ್ದು ಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಯಾಕೆಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಿದೆ ಎಂದಾಕ್ಷಣ ವಿರಾಮ, ಉಪಚಾರದ ಪ್ರಶ್ನೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತೊಬ್ಬ ಮಹಿಳೆಯ ಮೇಲೂ ಕುಟುಂಬದ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡ ಇರುವುದರಿಂದ ತನ್ನ ಜೊತೆಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಗೆ ಏನಾಗಿದೆ ಎಂದು ವಿಚಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟು ಅವಳಿಗೆ ವ್ಯವದಾನ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿನ ಗಂಡಸರು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದರೆ ಸೇವಾ ಪರಿಚಾರಿಕೆಯರು ಇಲ್ಲವಾಗುತ್ತಾರೆ ಎಂದು ಅಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಇದ್ದು ಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ತೀರಾ ಕಾಯಿಲೆ ಉಲ್ಬಣವಾದಾಗ ಮಾತ್ರ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಹದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಯ ಧೋರಣೆಗಳು ಬದಲಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಈ ಧೋರಣೆಗಳು ಬದಲಾಗದ ಹೊರತು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಇನ್ನು ಕೆಲ ಮಹಿಳೆಯರು ಬದುಕಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬುದು ಮುಖ್ಯ ಅದನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು ಎಂದು ಭಾವಸಿಯೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಏನೋ ಬದುಕಬೇಕು, ಬದುಕುವುದಕ್ಕಾಗಿ ದುಡಿಯಬೇಕು, ಮೈಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಇರೋವರಿಗೂ, ರಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಬಲ ಇರುವವರೆಗೂ ದುಡಿದರಾಯಿತು ಎಂಬ ಮನೋಭಾವ ಹೊಂದಿದವರಾಗಿದ್ದು ತಮ್ಮ ಬಹುಪಾಲು ಸಮಯವನ್ನು ದುಡಿಮೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಕಳೆದು ಬಿಡುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇವರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಗಮನಹರಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಅವರಿಗಾಗಿ ಹಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿ ಇದ್ದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ.

ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಇದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುವಂತೆ ಬಳಸುವುದರ ಬದಲಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ಮಾರಕವಾಗುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಾಗುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಇದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ

ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನವನ್ನೇ ಗಮನಿಸುವುದಾದರೆ, ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸುವುದು ರೂಢಿಯಿರುವಂತೆ ಕೆಲವರು ಗಂಡು ಮಗುಬೇಕೆಂಬ ಹಂಬಲದಿಂದ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಗು ಗಂಡೊ, ಹೆಣ್ಣೊ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಒಂದು ವೇಳೆ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮಗು ಹೆಣ್ಣಾಗಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ತೆಗೆಸುವಂಥ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯೂ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಜನರಲ್ಲಿ ಗಂಡು ಶ್ರೇಷ್ಟ, ಹೆಣ್ಣು ಕನಿಷ್ಟ ಎಂಬ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ದೂರಮಾಡಿ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇಬ್ಬರೂ ಸಮಾನರು ಎಂಬ ವಿಷಯದ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಆ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಹೆಣ್ಣು ಭ್ರೂಣಹತ್ಯೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿವಹಿಸುವುದು ಅತಿ ಮುಖ್ಯ. ಬಹುಪಾಲು ಜನ ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ ಆದರೆ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರ ಬಡತನದ ಸ್ಥಿತಿ ಇಲ್ಲವೆ ಅವರಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಮೌಢ್ಯಗಳಿಂದ ಕೂಡ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೋದರೂ ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಅವರು ವೈದ್ಯರು ಹೇಳಿದಂತೆ ಹೇಳಿದಷ್ಟು ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದ್ದರೂ ಶೇ.೭೦ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ನಿತ್ಯ ನಿಯಮದ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಅಂಶಗಳಿಂದ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರ್ಣ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕುಂಠಿತವಾಗುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಕೆಲವು ಜೈವಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ತಿಂಗಳ ಮುಟ್ಟಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ಶುಚಿತ್ವ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅತಿ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಅಕಾಲಕ್ಕೆ ಮುಟ್ಟು ನಿಂತು ಹೋದರೂ ಅದನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆ ರೀತಿಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಬಂದಾಗ ಸಂಕೋಚ ಪಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅದನ್ನು ಮನೆಯ ಇತರ ಸದಸ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ. ಇದರಿಂದ ಅವರು ಹಲವಾರು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಅದು ದೇಹದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಎಂಬ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಗಳಿವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸಾಮಾಜೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ದೇಹದ ಬಗೆಗೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಮಾತಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ತಮ್ಮ ದೇಹದ ಕೆಲವು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಕೋಚದ ಮನೋಭಾವವಿದೆ ಆದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು? ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗಳೆಂದು ಯಾವುದನ್ನು ಪರಿಭಾವಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ? ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಮಾನಸಿಕ ವೇದನೆ ಎಂತಹದು? ಇವುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿವೆ? ಅವುಗಳಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಸಿಗುವ ಸೌಲಭ್ಯ ಯಾವ ರೀತಿಯದು? ಅವುಗಳನ್ನು ಧಕ್ಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಂದರೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳು ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆಯುವುದು ಹೇಗೆ? ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಯಾವ ರೀತಿ ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸಬೇಕು? ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಅವಶ್ಯಕ ಎಂಬ ಇತ್ಯಾದಿ ವಿಷಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ

ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಕುಟುಂಬದ ಮಹಿಳೆಗೆ ಅರಿವು ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅಂದಾಗ ಮಾತ್ರ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಯೋಜನೆ ಯಾವುದೇ ಇರಲಿ ಆ ಯೋಜನೆಗಳು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದರೆ ಅಥವಾ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಬೇಕಾದರೆ ಯಾರಿಗೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ರೂಪಿತವಾಗಿವೆಯೋ ಅವರಿಗೆ ಆ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವಿರಬೇಕಾದುದು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ. ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಪಿತೃ ಪ್ರಧಾನ ಆಲೋಚನೆಗಳ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಕೈ ಬಿಟ್ಟು ಸಮಗ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಬೇಕಾಗಿದೆ.

■■■

ಅಧ್ಯಾಯ : ಆರು

ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ತೊಡಕುಗಳು

೬.೧. ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು

೬.೨. ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ತೊಡಕುಗಳು

೬.೩. ಅಸಮರ್ಪಕ ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

೬.೪. ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ತೊಡಕುಗಳು

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿದೆಯೇ? ಅಂದರೆ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಜನರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪುತ್ತಿವೆಯೇ? ತಲುಪದಿದ್ದರೆ ಏಕೆ ತಲುಪುತ್ತಿಲ್ಲ? ಆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ನ್ಯೂನ್ಯತೆ ಅಥವಾ ಕೊರತೆಗಳೇನು? ಎಂಬುದನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ವಿವರವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

೧೯೫೦ರ ಮಾರ್ಚ್ ೧೫, ಭಾರತದ ಆರ್ಥಿಕಾಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ದಿನವಾಗಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಅಂದು ದೇಶ ವಿಕಾಸದ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಪಷ್ಟ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ 'ನೀಲನಕ್ಷೆ'(Blue Print)ಯನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ರಾಷ್ಟ್ರಮಟ್ಟದ ವೇದಿಕೆಯಾದ 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಯೋಜನಾ ಆಯೋಗ' ಜನ್ಮ ತಳೆಯಿತು. ರಾಷ್ಟ್ರವ್ಯಾಪಿಯಾಗಿ ಹಲವಾರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪರ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಹಾಗೂ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವ ಮುಖ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿ ಇದು ರೂಪುಗೊಂಡಿತು. ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರಗಳಿಗೆ ಅವುಗಳ ಆದ್ಯತಾನುಸಾರ ಹಣವನ್ನು ಹಂಚಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯತ್ತ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಸುವ ಯೋಜನಾ ಆಯೋಗವು ಸಂವಿಧಾನದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ನಿಯೋಗವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಸಂವಿಧಾನ ಪ್ರಕಾರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಯೋಜನೆಯು ಸಮವರ್ತಿ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಆಯೋಗದ ಪ್ರಧಾನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೆಂದರೆ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳ ರಚನೆ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಅನುಷ್ಠಾನ.

ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಬಹು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಭಾರತರತ್ನ ವಿಶ್ವೇಶ್ವರಯ್ಯನವರು 'ಯೋಜಿಸಿ ಇಲ್ಲವೇ ನಾಶವಾಗಿ' ಎಂಬ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಸಂಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ಸ್ಥಾನವಿದೆ. ಯೋಜನೆಯೊಂದರ ಉದ್ದೇಶಿತ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಸಂಯೋಜಿಸಿದರೆ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ದೊರಕಬಲ್ಲದು. ಭಾರತದಂಥ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ

ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರದ ಅರವತ್ತು ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತ ದೇಶವು ಹತ್ತು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿದ್ದು, ಹನ್ನೊಂದನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ಇದೀಗ ಸಿದ್ಧವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತ ದೇಶವು ಹತ್ತು-ಹಲವು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನೆದುರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಡತನ, ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ಪ್ರಮುಖವಾದವು. ಇವುಗಳ ಪರಿಹಾರ ಕುರಿತಂತೆ ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದ ಕೆಲವು ಗುರಿಗಳನ್ನು ಯೋಜನಾ ಆಯೋಗ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದೆ. ಉದಾ: ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ೧೧ನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಶೇ.೨೬ ರಿಂದ ಶೇ.೩೦ರಷ್ಟು, ಬಡತನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ೨೦೦೭ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಶೇ.೨೦ಕ್ಕೆ ಇಳಿಸುವುದು, ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇಳಿಕೆ, ತಾಯಂದಿರ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದು ಇನ್ನಿತರ ಗುರಿಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಂಡಿತ್ತು. ಆದರೆ ಸಾಧನೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿದೆಯೇ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ, ವಸ್ತು ಸ್ಥಿತಿಯೇ ಬೇರೆ ಇದೆ. ಭಾರತದ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನತೆ ಇನ್ನು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರೂ. ಕನಿಷ್ಟ ಜೀವನಾವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಪರದಾಡುವವರು ಇದ್ದಾರೆ. ಕಳೆದ ಹತ್ತು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉಪಯೋಗವಾಗಿಲ್ಲ. 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆಹಾರ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಶಿಕ್ಷಣ' ಮೊದಲಾದ ಸರಕಾರದ ಘೋಷಣೆಗಳು ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಹೀಗೆ ಭಾರತ ಸ್ವತಂತ್ರಗೊಂಡಾಗಿನಿಂದಲೂ ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದೆ. ಒಂದು ದೇಶ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಸಾಲದು ಈ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗಬೇಕಾದರೆ ಇದಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾದ ಇತರ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳಿಗೂ ಕೂಡ ಮಹತ್ವ ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೇ ಗಮನಕೊಡಬೇಕಾದ ಸಂಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ 'ಆರೋಗ್ಯ'ವು ಒಂದು. ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೂ, ಆರ್ಥಿಕತೆಗೂ ಮತ್ತು ದೇಶದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೂ ಒಂದೊಕ್ಕೊಂದು ಸಂಬಂಧವಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಜನತೆ ಆರೋಗ್ಯಯುತರಾಗಿರದಿದ್ದರೆ ಅವರು ಯಾವುದೇ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೀತಿ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲದ ಬಳಕೆಯಾಗದಿದ್ದರೆ ಆರ್ಥಿಕಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗದು. ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಆಗಿಲ್ಲವೆಂದರೆ ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಜನತೆಯ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬುದು ತುಂಬಾ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿದೆ. ಆ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಜಾರಿಗೊಳಿಸುತ್ತಲೇ ಬರಲಾಗಿದೆ.

ಈಗಾಗಲೇ ಅಧ್ಯಾಯ ೩ ಮತ್ತು ೪ ರಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವ ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಂಡಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ನೋಡಲಾಗಿದೆ. ಇಷ್ಟೆಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡಲು ಸರಕಾರವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಹಾಗೂ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಯೋಜಿಸಲಾಯಿತು. ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಥಮಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶ ನೀಡಿದ ಪ್ರಕಾರವೇ ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದ್ದರೂ, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಒಳಗೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಸೇವೆಸಲ್ಲಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

[illegible]

೬.೧ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು

''ದೇಶದ ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಪರಿಹಾರ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ಮೊದಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುವಾದ 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ' ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಮೂಲ ವಿಚಾರವು ೧೯೪೬ರಲ್ಲಿ ಭೋರ್ ಸಮಿತಿಯಿಂದ ಮೊದಲು ರೂಪುಗೊಂಡಿತು. ಆದರೆ ವಿವಿಧ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಧನಸಹಾಯದ ಕೊರತೆ ಹಾಗೂ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಅಭಾವದ ಕಾರಣದಿಂದ ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರಿಗೆ ಭೋರ್ ಸಮಿತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಉದ್ದೇಶಗಳು ಸಾಧಿಸಲ್ಪಡಲಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ೧೯೪೭ರಲ್ಲಿ ಲಭಿಸಿದ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದವರಿಗೆ ಕಾಯಬೇಕಾಯಿತು. ೧೯೫೨ ರಿಂದೀಚೆಗೆ ಸಮಾಜಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಯು ಆರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಸ್ಥಾಪಿಸಲ್ಪಟ್ಟವು.'' (ಕಲ್ಲಾಪೂರ ಪಿ.ಬಿ : ೧೯೮೭; ಪು.೬೧೦)

ಗ್ರಾಮೀಣ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಾಗಿ ೨ನೇಯ ಅಕ್ಟೋಬರ್ ೧೯೫೨ರಂದು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೇ ಮೊಟ್ಟಮೊದಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ತಂತ್ರವಾಗಿತ್ತು. ಅದರ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಘಟಕದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕೆಂದು ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪ್ರಧಾನ ಘಟಕಗಳಾಗಿ ರೂಪಿಸಿ, ಅವುಗಳ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಗ್ರಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಚುರಪಡಿಸುವುದೆಂದು ಆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಯೋಜಿಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ, ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ, ಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಮನಗಾಣಲಾಯಿತು.

ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ನಂತರ ಬದಲಾದ ರಾಜಕೀಯ ಹಿನ್ನಲೆಯಲ್ಲಿ ಮೈಸೂರು ರಾಜ್ಯದ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳು, ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ೭೫ ಸಾವಿರದಿಂದ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ, ೨೫ರಿಂದ ೩೫ ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕ, ಹತ್ತು ಸಾವಿರ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಯಿತು. ದೇಶವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಾಧಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ರಚಿಸುತ್ತಾ ಬರಲಾಯಿತು.

ಜನಾರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತು ನಮ್ಮ ಗುರಿ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ನಂತರ ಅತ್ಯಂತ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿಯೇ ರೂಪುಗೊಂಡಿದೆ. ಭೋರ್ ಸಮಿತಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದ ಅಧ್ಯಯನ ವರದಿ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆಯೇ ನೆಹರೂ ಸರಕಾರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ರೂಪಿಸಿತ್ತು. ಕೆಳ ಸ್ತರದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುವವರೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಸಮಗ್ರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಅದು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು.'ದುಡ್ಡಿಲ್ಲದವರು ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಯಾರೊಬ್ಬರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯಿಂದ ವಂಚಿತರಾಗಬಾರದು' ಎಂಬುದೇ ಇಡೀ ನೀತಿಯ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು.

''ಕಾಲಕ್ರಮೇಣ, ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ವೃತ್ತಿನಿರತ ತಜ್ಞರ ಹಾಗೂ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಗಣನೀಯವಾಗಿ ವಿಸ್ತರಿಸಿವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೧೯೮೫ರಿಂದ

[illegible]

೨೦೦೩ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ೩೬೫ರಿಂದ ೧,೬೯೬ ಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಾದರೆ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೪,೯೬೪ರಿಂದ ೮,೧೪೩ಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯು ೨೭ರಿಂದ ೨೫೩ಕ್ಕೇರಿವೆ. ಆದರೆ ಇವು ರಾಜ್ಯದ ಎಲ್ಲ ಭಾಗಗಳಲ್ಲೂ ಸಮಾನವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೆಯಾಗಿಲ್ಲ. ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಡುವಣ ಅನುಪಾತದಿಂದ ಇದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.'' (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ ; ೨೦೦೫; ಪು.೧೬೦)

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೩೦,೦೦೦ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಮತ್ತು ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೨೦,೦೦೦ ಜನರಿಗೆ) ಮತ್ತು ೫೦೦೦ ಜನರಿಗೆ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರ (ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಮತ್ತು ಬುಡಕಟ್ಟು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೩೦೦೦ ಜನರಿಗೆ) ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಲು ಸರಕಾರದ ನಿಯಮವಿದೆ. ಆದರೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ -ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಅಸಮಾನತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಿಂದ ಗಮನಿಸಬಹುದು.

ಕೋಷ್ಟಕ - ೬.೧

ಕರ್ನಾಟಕದ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಮತ್ತು ಆಯ್ದ ಅನುಪಾತಗಳು

ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು	ರಾಜ್ಯ/ಪ್ರದೇಶ	ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಪ್ರಮಾಣ
ಉಪಕೇಂದ್ರ ಆವರಿಸಿರುವ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಕರ್ನಾಟಕ	೪೨೮೫
	ಬಾಂಬೆ-ಕರ್ನಾಟಕ	೪೮೭೫
	ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ	೫೦೬೧
	ದಕ್ಷಿಣ-ಕರ್ನಾಟಕ	೩೮೩೩
ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಕರ್ನಾಟಕ	೨೦೭೮೦
	ಬಾಂಬೆ-ಕರ್ನಾಟಕ	೨೨೨೭೫
	ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ	೨೪೧೬೯
	ದಕ್ಷಿಣ-ಕರ್ನಾಟಕ	೧೯೧೩೩
ಒಂದು ಹಾಸಿಗೆಗೆ ಇರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆ	ಕರ್ನಾಟಕ	೧೨೨೧
	ಬಾಂಬೆ-ಕರ್ನಾಟಕ	೧೪೯೯
	ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ	೧೪೧೩
	ದಕ್ಷಿಣ-ಕರ್ನಾಟಕ	೧೦೮೯
ವೈದ್ಯ - ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಅನುಪಾತ (ರಾಜ್ಯ)		೧:೩೨೪೦
ವೈದ್ಯ - ರೋಗಿ ಅನುಪಾತ (ರಾಜ್ಯ)		೧:೨೧೬೭
ಎ.ಎನ್.ಎಮ್ - ಜನಸಂಖ್ಯೆ ಅನುಪಾತ (ರಾಜ್ಯ)		೧:೩೬೧೧
ಶುಶ್ರೂಷಕಿ - ಹಾಸಿಗೆ ಅನುಪಾತ (ರಾಜ್ಯ)		೧:೯

ಮೂಲ: ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ ಇಲಾಖೆ, (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ: ೨೦೦೫; ಪು.೧೬೦)

ಈ ಮೇಲಿನ ಕೋಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ ಮತ್ತು ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ -ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವುದಕ್ಕಿಂತ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮೂಲಭೂತ

ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಉತ್ತಮವಾಗಿವೆ. ಹಾಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆಗಳ ನಡುವಣ ಅನುಪಾತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆಯೂ ಇದು ನಿಜವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರವು ೫೦೬೧ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸಿದರೆ, ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಉಪಕೇಂದ್ರವು ೩,೮೩೩ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ಈ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕೊರತೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಗಮನಿಸಿದರೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವು ೨೪,೧೬೯ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಸೇವೆ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೇ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿದರೆ ೧೯೧೩೩ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಒಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವಿದೆ. ಹಾಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಡುವಣ ಅನುಪಾತಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮೂಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ದಕ್ಷಿಣ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೩೭ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದರೆ, ಬಾಂಬೆ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶೇ.೩೦ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆ ನಡುವಣ ಅನುಪಾತವು ೧:೩,೨೪೦ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ರೋಗಿಗಳ ನಡುವಣ ಅನುಪಾತವು ೧:೨,೧೬೭ ರಷ್ಟಿದೆ. (ಕೋಷ್ಟಕ ೬.೧)ರಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿ.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವಿವರ: ಬೀದರ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೪೨, ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೧೦೬, ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೪೮, ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೫೫, ಹಾಗೂ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೪೪ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಜನತೆಗೆ ಸೇವೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ ಬೀದರ್ ೨೬೪, ಗುಲಬರ್ಗಾ ೫೧೨, ರಾಯಚೂರು ೨೦೬, ಬಳ್ಳಾರಿ ೨೬೪, ಹಾಗೂ ಕೊಪ್ಪಳ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ೧೭೨ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿವೆ. ಒಟ್ಟಾರೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್- ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ೨೦೦೫ ರ ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ೨೯೫ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ೧೩೮೫ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಿವೆ. ೨೦೦೧ರ ಜನಗಣತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೬,೯೭೭,೫೨೧ರಷ್ಟಿದ್ದು, ನಗರದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೨,೫೧೫,೬೬೧ ರಷ್ಟಿದೆ. ಹೀಗೆ ಒಟ್ಟು ಹೈದ್ರಾಬಾದ್ -ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೯,೪೯೩,೧೮೨ರಷ್ಟಿದೆ. ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿದ್ದು, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸೌಲಭ್ಯ ಕಲ್ಪಿಸಲು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಜನತೆಗೆ ಈ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಸೇವೆ ಸರಿಯಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಒಂದು ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಬಲಗೊಳಿಸಲು ಕೇವಲ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ನಿಯಮಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗುವುದರೊಂದಿಗೆ ಅವುಗಳಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ನಿಸ್ವಾರ್ಥವಾಗಿ ದುಡಿಯುವ ಮನಸ್ಸುಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನತೆಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತಿವೆ. ಹಾಗೂ ತಲುಪುತ್ತಿವೆ ಎನ್ನುವ ಸಂಗತಿಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತವೆ. ಭಾರತ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಒಂದು ಬಹುಮುಖ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಿದೆ. ಪ್ರಜೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವೈದ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಸರಕಾರಗಳು

ದಿವ್ಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮಾಡುತ್ತ ಬಂದಿವೆ. ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಮಂಡಳಿ ನಡೆಸಿದ ಸರ್ವೇಕ್ಷಣೆ ಪ್ರಕಾರ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಶೇ.೧೫ ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅಗತ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿವೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಕಡೆ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧ ಉಪಕರಣಗಳ ಕೊರತೆ, ಇನ್ನೊಂದಡೆ ಅಗತ್ಯ ಔಷದೋಪಕರಣಗಳಿದ್ದರೂ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕರ್ತವ್ಯ ಲೋಪ, ಅದಕ್ಷತೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹಣ ಬಯಸುವುದು ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಂದ ರೋಗಿಗಳ ಕಾಯಿಲೆ ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ.

ಅದೇ ರೀತಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿವೇ ಅವು ಹೇಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿವೆ ಮತ್ತು ಅವು ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಜನತೆಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಔರದ್, ಅಫಜಲಪುರ, ದೇವದುರ್ಗ, ಯಲಬುರ್ಗಾ, ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕುಗಳ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ, ಅಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳೊಡನೆ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಗಳೊಡನೆ ಸಂದರ್ಶನ ಮಾಡಿದಾಗ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೆಲವು ಸಂಗತಿಗಳು ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದವು.

ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಬರುವವರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಡ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದವರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಇವರು ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋದರೆ ಸಾವಿರಾರು ರೂಪಾಯಿಗಳು ವ್ಯಯವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಇಲ್ಲಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿರುವುದೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆಗೆ ಅದರಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಆರೈಕೆ, ಹೆರಿಗೆ ಇನ್ನಿತರ ಸಾಂಕ್ರಮಿಕ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಉಚಿತವಾದ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಆದರೆ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಂದ ಹೊರ ಹೋಗುವ ವೇಳೆಗೆ ವೆಚ್ಚ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಂಗಳಲ್ಲಿ ಆಗುವಷ್ಟೆ ಆಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವುದು ಕೆಲ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ವ್ಯಕ್ತವಾಯಿತು. ಇನ್ನು ಕೆಲ ರೋಗಿಗಳು ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ಕಡಿಮೆ ವೆಚ್ಚ ಆಗುತ್ತದೆ ಎಂದರೆ ಕೆಲವರು ಉಚಿತವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಸಿಗುತ್ತೆ ಆದರೆ ಬಹು ಜನರು ಅಲ್ಲಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು 'ಮಾಮುಲು' ಕೇಳುತ್ತಾರೆ. ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಆದರೆ ದುಡ್ಡು ಕೊಡದಿದ್ದರೆ ಬಾಣಂತಿಯರನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಮಾಡುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ಸಹ ಅಲ್ಲಿನ ಜನರಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿತು.

ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆ: ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಲಿಕ್ಕೆ ವೈದ್ಯರಲ್ಲ. ನುರಿತ ಆಯಾಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಚಾಕರಿಯ ಹೆಣ್ಣಾಳುಗಳೇ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು. ಪ್ರಸವ ವೇದನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಹೆಣ್ಣುಮಗಳ ಕಡೆಯವರು ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಲು ವೈದ್ಯರೇ ಬೇಕು ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಭಾಗದ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರೇ ಇಲ್ಲ. ಅಂತಹ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ 'ಸ್ಟಾಪ್‌ನರ್ಸ್' ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. (ಉದಾ: ಮಾಶಾಳ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹೆಸರಿಗಷ್ಟೆ ಇವು ಉಚಿತ ಸೇವೆಯ ಸರಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು. ಆದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

''ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಶೇ.೧೦.೫ರಷ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿಯಿವೆ, ಹಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು (ಪುರುಷ) ಶೇ.೩೫.೭ರಷ್ಟು, ಹಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು (ಮಹಿಳೆ) ಶೇ.೧೭.೪ರಷ್ಟು, ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು (ಪುರುಷ) ಶೇ.೨೧.೫ರಷ್ಟು, ಕಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು (ಮಹಿಳೆ) ಶೇ.೮.೫ರಷ್ಟು, ಫಾರ್ಮಾಸಿಸ್ಟ್ ಶೇ.೧೮.೫ರಷ್ಟು, ಸ್ಟಾಫ್‌ನರ್ಸ್ ಶೇ.೭.೪ರಷ್ಟು, ಇತರರು ಶೇ.೨೦.೪ರಷ್ಟು ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿಯಿವೆ.'' (ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ:೨೦೦೫;ಪು.೧೬೧) ಇದರಲ್ಲಿ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಖಾಲಿಯಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಹುದ್ದೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ರಾಜ್ಯ ಸರಾಸರಿಗಿಂತ ಅಧಿಕವಾಗಿದೆ. ಉತ್ತರ ಕರ್ನಾಟಕದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ರಾಯಚೂರು ಮತ್ತು ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಇಷ್ಟಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಹಿತಕರ ವಾತಾವರಣವಿರುವ ಬೆಂಗಳೂರು-ಮೈಸೂರು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಖಾಲಿಯಿರುವ ಹುದ್ದೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಗೈರು ಹಾಜರಾತಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಮ್ಮ ಸಾಮಾರ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದರಲ್ಲಿ ಅವು ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ದಾದಿಯರು ತುರ್ತು ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ದಿನದ ೨೪ ಗಂಟೆಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಇನ್ನಷ್ಟೆ ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಈ ಭಾಗದ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಇದ್ದರೂ ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ, ತಿಂಗಳಿಗೋ ಒಮ್ಮೆ ಅವರ ದರ್ಶನವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ದೇವದುರ್ಗದ ಕೆಲವು ಜನರು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಕಾಂಪೌಂಡರ್ ನಿರ್ವಹಿಸಿರುವುದು ಕೂಡ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿದೆ. ಅರ್ಧರಾತ್ರಿಯಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ನೋವುಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆ ಇಂದಿಗೂ ನಗರ ಅಥವಾ ಪಟ್ಟಣದತ್ತ ಮುಖ ಮಾಡುವ ಸ್ಥಿತಿ ಇನ್ನು ಹೋಗಿಲ್ಲ.

''ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಕಲ್ಪಿಸುವ, ಸರಕಾರಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ವೈಫಲ್ಯಕ್ಕೆ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಕಲಿತ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ನರ್ಸ್‌ಗಳು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಿರುವುದೇ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣ ಎನ್ನುವುದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ.'' (ಜೈನ್ ಎಲ್.ಸಿ; ೨೦೦೫ ; ಪು. ೬) ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ತಲುಪಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ನೇಮಕ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳದೆ ಇದ್ದುದರಿಂದ ಈಗಿರುವ ಕಡಿಮೆ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಗ್ರಾಮಗಳನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಹೊರೆ ಬೀಳುತ್ತದೆ. ನೇಮಕಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಈ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-

ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಒಪ್ಪದೇ ಇರುವುದು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರಿಗೆ ಪ್ರತಿ ಗ್ರಾಮಕ್ಕೂ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ, ಎಲ್ಲರ ಮನೆಗೂ ಹೋಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ವಿಚಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಿಕ್ಕಾಗದು. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಕೆಲವೇ ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿ ಕೆಲವು ಗ್ರಾಮಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಿ ಅಥವಾ ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಹೋಗದೆ ಇರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಹೀಗಾದಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಲುಪುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಗೆ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯ ಕೂಡ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ತೊಡಕಾಗಿದೆ.

ಉದಾ:ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ: ಗ್ರಾಮೀಣ ಬಡಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ರೂಪಿಸಲಾದ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳದಿರುವಿಕೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯವೇ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆಂಬ ಆರೋಪ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಕೇವಲ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ಕೊಟ್ಟು ಇತರ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿವೆ ಎಂಬ ಆರೋಪ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರದ್ದು. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು, ವೈದ್ಯರುಗಳು ಹೇಳುವುದೇ ಬೇರೆ ಇದೆ. ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲು ಅನೇಕ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯಿದೆ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಕೆಲವು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಅಂದರೆ ನೀರಿನ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಬೇಸಿಗೆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಮತ್ತು, ಕ್ಯಾಂಪ್‌ಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಈ ಭಾಗದ ವೈದ್ಯರದು.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೫ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ. ಶಿಬಿರಗಳೇ ನಡೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ರಾಯಚೂರು ಜಿಲ್ಲೆಯ ಶೇ.೬೦ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಶಿಬಿರಗಳೇ ನಡೆಯುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ವೈದ್ಯರು ತಿಳಿಸಿದರು. ಬೀದರ್ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಶೇ.೬೫ರಷ್ಟು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಶಿಬಿರಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಆದರೂ ಬೇಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಹೀಗೆ ಹೇಳುತ್ತಾರೆ: ''ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ 'ಲ್ಯಾಪ್ರೋಸ್ಕೋಪ್' ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರು ತುಂಬಾ ಇಷ್ಟ ಪಡುತ್ತಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಲಂಬಾಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಿಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಇಷ್ಟ. ಯಾಕೆಂದರೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಮಹಿಳೆ ೬ ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಮನೆಗೆ ಹೋಗಬಹುದು. 'ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ' ಶಾಶ್ವತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟರೆ ಒಂದು ವಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಬಡತನದಿಂದಿರುವ ಲಂಬಾಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ 'ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ' ವಿಧಾನ ಒಪ್ಪಿಗೆಯಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಈ ಲ್ಯಾಪ್ರೋಸ್ಕೋಪ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ವಿಶೇಷ ತರಬೇತಿ ಬೇಕಾಗುವುದು. ಅದು ಎಮ್.ಎಸ್ (ಸರ್ಜರಿ) ಎಮ್.ಡಿ ಗೈನಾಕಾಲಜಿ ಮಾಡಿದವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಬರುವುದು. ಇನ್ನಿತರ ವೈದ್ಯರು ಕೂಡ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದು ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು. ಆದರೆ ಅದನ್ನು ಕಲಿತರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಎನ್ನುವ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರುಗಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಆಸಕ್ತಿ ತೋರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ

ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಜನ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಮನಸ್ಸು ಇಲ್ಲದೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿವೆ''. ಗುಲಬರ್ಗಾ ಹಾಗೂ ಕೊಪ್ಪಳದಲ್ಲಿ ಶೇ.೫೦ ಹಾಗೂ ಶೇ.೫೨ ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಶಿಬಿರಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಶೇ.೬೦ ರಷ್ಟು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಶಿಬಿರಗಳು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಕ್ಕೆಬಂದಿದೆ.

ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆ ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲಿಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಇದ್ದರೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದ ''ಶಿವಗಂಗಾ ಎನ್ನುವ ಮಹಿಳೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ) ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಒಂದು ವಾರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಇದ್ದು ಮನೆಗೆ ಹೋದ ೧೫ ದಿವಸದಲ್ಲಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಕೀವು ತುಂಬಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದರು. ಇದರಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಾಗ ವೈದ್ಯರು ತುಂಬಾ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ವಹಿಸಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿ ವೈದ್ಯರುಗಳ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮತ್ತು ಬೇಜವಾಬ್ದಾರಿತನದಿಂದಾಗಿ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದ ಮಹಿಳೆಯರ ನಿದರ್ಶನಗಳು ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದುದ್ದಕ್ಕೂ ಹಲವಾರು ಸಿಗುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಬಗೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಕಾಳಜಿ ಹಾಗೂ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಷ್ಟ-ಕೋಟಲೆಗಳು ಏನೆಂಬುದು ಅರ್ಥವಾಗುತ್ತವೆ.

ನೀರಿನ ಕೊರತೆ: ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸಮಸ್ಯೆಯಿದೆ. ಶೇ.೪೫ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ನೀರಿನ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಬೀದರ್ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನ ಕೆಲ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಉತ್ತಮವಾಗಿವೆ. ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನೀರಿನ ಸೌಲಭ್ಯದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಂದಂತಹ ರೋಗಿಗಳು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟಪಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಹಲವಾರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ನೀರಿಗಾಗಿ ಕೊಳವೆ ಬಾವಿಗಳನ್ನು (ಬೋರ್‌ವೆಲ್) ಕೊರೆಯಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಅದರಲ್ಲಿ ಉಪ್ಪು ನೀರು ಇರುವಂತಹ ಕೊಳವೆ ಬಾವಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚು ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಳವೆ ಬಾವಿಗಳು ಕೆಟ್ಟುಹೋಗಿ ರಿಪೇರಿಯಾಗಲಾರದೇ ಹಾಗೆಯೇ ಇವೆ. ಇದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಬರುವಂತಹ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಶೌಚಾಲಯಗಳ ಕೊರತೆ: ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಶೇ.೫೦ರಷ್ಟು ಶೌಚಾಲಯ ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶೌಚಾಲಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳು ಉಪಯೋಗವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಯಾಕೆಂದರೆ ಇವುಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ನೀರಿನ ಸೌಕರ್ಯ ಇಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದಾಗಿ ಶೌಚಾಲಯಗಳ ಅವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಸ್ವಚ್ಛತೆಯ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕುರಿತು ಬಾಣಂತಿ ಮಹಿಳೆಯರು ''ಈ ದವಾಖಾನೆಯಲ್ಲಿ ಶೌಚಾಲಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಲ್ಲದ್ದರಿಂದ ಹೊರಗಡೆ ಹೋಗಲು ನಮಗೆ ತುಂಬಾನೇ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತೇ'' ಅಲ್ಲದೆ ಇದರಿಂದಾಗಿ ಊಟ ಮಾಡಲು ಕೂಡ ಯೋಚಿಸುತ್ತೇವೆ ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಕೆಲವು ಬಾಣಂತಿಯರದ್ದು''. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ

ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶೌಚಾಲಯ ಹಾಗೂ ನೀರಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಬೇಕೆ ಬೇಕು ಇವುಗಳು ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಸರಕಾರ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆ ಹುಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳು ಈ ಮೇಲಿನ ತೊಂದರೆಗಳಿಂದ ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬುವುದು ತಿಳಿದುಬರುತ್ತದೆ.

ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳ ಕೊರತೆ: ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಲವಾರು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಲ್ಲದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿದಂತೆ ಬಹುತೇಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತುಕ್ಕು ಹಿಡಿದಿರೊ ಮಂಚಗಳು, ಹರಿದು ಹೋಗಿರೊ ಬೆಡ್ ಶೀಟ್‌ಗಳು, ಕುದ್ದು ಕುದ್ದು ಹಾಳೊಗಿರೋ ಸಿರಿಂಜ್, ಕೆಟ್ಟು ಮೂಲೆ ಸೇರಿರೊ ಇನ್ನಿತರ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಗೆಗೆ ಬೀದರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ. ಶಂಕರ್ ಕೊಂಡೆದ್ ಅವರು ಹೇಳಿದ ಮಾತುಗಳು ಈ ರೀತಿಯಾಗಿವೆ. ''ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನಲ್ಲಿ ೮ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಸುಮಾರು ೩:೪ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳಿದ್ದರೂ ಸಹ ಎಲ್ಲದಕ್ಕೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಕಟ್ಟಡಗಳಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲದಕ್ಕೂ ಸರಕಾರಿ ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಲ್ಲ ಒಟ್ಟು ತಾಲೂಕಿಗೆ ಮೂರು-ನಾಲ್ಕು ವಾಹನ ಮಾತ್ರವೇ ಇವೆ. ಅವು ಕೂಡ ಒಳ್ಳೆಯ ಕಂಡೀಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲ'' ಎಂಬುದಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದರು.

ಅದೇ ರೀತಿ ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಚ್ಚರಿಗೊಳಿಸಿದ ಒಂದು ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ, ಬೀದರ್ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಔರದ್ ತಾಲೂಕಿನ ಸಂತಪೂರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಬಂಡೆಗಳ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿದ್ದು, ಬಂಡೆಗಳ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿದ ಆ ಬಾಣಂತಿಯರು ಮಳೆಯ ತಣ್ಣನೆಯ ಗಾಳಿಗೆ ನಡುಗುತ್ತಿದ್ದರು. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಒಂದು ವಾರದವರೆಗೆ ಈ ಯಾತನೆಯನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಬಾಣಂತಿಯರು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಯಾಕಂದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ೬ ಬೆಡ್‌ಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ ಮಾತ್ರವೇ ಅಲ್ಲದೆ ಮುರಿದ ಮಂಚಗಳು, ಹರಿದ ಬೆಡ್‌ಗಳು ಈ ರೀತಿಯ ಅನಾನುಕೂಲಗಳಿಂದಾಗಿ ಬಾಣಂತಿಯರು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟ ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ''ರಾಜ್ಯದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ೬ ತಿಂಗಳಿಗೆ ೩೦೦ ರಿಂದ ೫೦೦ ಸಿರಿಂಜ್ ಕೊಡ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟು ಜನ ಬರ್‍ತಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಬಳಸಿದ್ದನ್ನೇ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಕುದಿಸಿ ಅದೇ ಸಿರಿಂಜ್ ಬಳಸ್ತೀವಿ. ಬಳಸಿದ್ದನ್ನೇ ಬಳಸೋದ್ರಿಂದ ಏಡ್ಸ್ ಮತ್ತಿತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬರುತ್ತವೆ ಎಂದು ನಮಗೂ ಅರಿವು ಇದೆ ಆದ್ರೆ ನಾವು ಏನೂ ಮಾಡೋಣ ಹೇಳಿ?'' ಎನ್ನುವ ಪ್ರಶ್ನೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಕೇಳುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಾಥಾಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಗುಳಿಗೆ ಪೂರೈಕೆ ಅನುದಾನ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಈ ಮೊದಲು ೩೦,೦೦೦ರೂ. ಗಳಿದ್ದದ್ದು ಈಗ ೫೫,೫೦೦ರೂ ಗೇರಿದೆ. ಆದರೂ ಈ ಭಾಗದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಒತ್ತಡ ಅಧಿಕವಿದೆ. ಉದಾ: ಹೊಸಪೇಟೆ ತಾಲೂಕಿನ ಕಮಲಾಪುರ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರಾದ

ಕಲ್ಲಯ್ಯಸ್ವಾಮಿ ಹೇಳುವುದು ಹೀಗಿದೆ." ಕಮಲಾಪುರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕಮಲಾಪುರದ ಪಟ್ಟಣದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ ೨೪,೦೦೦ ಮತ್ತು ೧೫ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನತೆ ಒಟ್ಟು ೪೦,೦೦೦ಜನತೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತದೆ.

ಯು. ಜಿ. ಸಿ ಯ ಆರ್ಥಿಕ ನೆರವಿನಿಂದ ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇಂದ್ರವು ಹೊಸಪೇಟೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬರುವ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ತುಂಬಾ ದುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಔಷದೋಪಚಾರ ಪಡೆಯುವ ಶಕ್ತಿ ಇಲ್ಲದೆ ಅಸಾಯಕ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಹಾಗೂ ಉಚಿತವಾಗಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಬ್ಯಗಳ ಕೊರತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿಲ್ಲ." ಎನ್ನುವ ಅಬಿಪ್ರಾಯ ಸೂಚಿಸಿದರು.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯಯೋಜನೆಗಳು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

೬.೨ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ತೊಡಕುಗಳು

ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ ನಿಜ. ಆದರೆ ಅವು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವು ಬಗೆಯ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಹಳ್ಳಿಗಾಡಿನ ಜನರ ನೈಜ ಬದುಕಿನ ಅರಿವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಜನತೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ಎಂಬ ಅರಿವು ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸುವವರಿಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಆರೋಪವಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಬರಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಮುಖ್ಯವಲ್ಲ. ಜನತೆಗೆ ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿತು ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪಿಸುವಂತಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ.

WHOದಿಂದ, World Bank ನಿಂದ, Unicef ನಿಂದ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದಿಂದ ಹಣ ಪಡೆದು ಮಾಡುವಂತಹ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನಾಧಿಕಾರಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಡ ನಿಷ್ಠೆಇಲ್ಲ. ಕೆಳಗಿನಿಂದ ಮೇಲಿನವರೆಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ, ಬಹಳಷ್ಟು ಅಧಿಕಾರಿಗಳು Lone ದಿಂದ ಪಡೆದಹಣ ಹಾಗೂ ಸಹಾಯಧನದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ಹಣವನ್ನು ಹೊಡೆಯಬೇಕು, ಎಂದು ಆಲೋಚಿಸುತ್ತಾರೆ ವಿನಃ ಎಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮಾಡಬೇಕು, ಆ ಹಣವನ್ನು ಹೇಗೆ ಉಪಯೋಗ ಮಾಡಬೇಕು ಎಷ್ಟು ಜನತೆಗೆ ಅದರ ಪ್ರಯೋಜನ ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು ಎನ್ನುವ ಕಾಳಜಿ ಅವರಿಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಮೇಲಗಡೆ ಐಎಎಸ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಅನುಷ್ಠಾನದ ಬಗ್ಗೆ ನಿಜವಾದ ಅರಿವಿಲ್ಲ. ಅವರು ಹೇಳಿದ್ದೆ ಒಂದು ಸುಗ್ರೀವಾಜ್ಞೆಯಾಗಿ ಅದನ್ನು ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ತರಬೇಕೆಂದರೆ ಅದು ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರುಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿಲ್ಲ. ಅಂಥಹ ಕಡೆ ಯಾವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನ ಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಯಾವ ರೀತಿ ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವುದು ಅವರಿಗೆ ಗೊತ್ತಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆ

ಯೋಜನೆಗಳು ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ, ಪೇಪರ್‌ನಲ್ಲಿ ಇರುತ್ತವೆಯೇ ವಿನಃ ಕಾರ್ಯರೂಪಕ್ಕೆ ಬಂದು ಜನತೆಗೆ ಮುಟ್ಟುವುದಿಲ್ಲ. ನಮ್ಮ ಪ್ರಸಾರ ಮಾಧ್ಯಮದವರು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಕಾಳಜಿ ತೋರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ರಾಜಕೀಯ ಸುದ್ದಿಗಳಿಗೆ, ಆಟೋಟಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆಯನ್ನು ನೀಡಿದಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ನೀಡುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹೀಗೆ ಇದ್ದರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ಈ ಭಾಗದ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು;

೧. ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರೆಲ್ಲರೂ ವೈದ್ಯರಾಗಿರಬೇಕು. ವಿನಃ ಐಎಎಸ್, ಕೆಎಎಸ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಇರಬಾರದು.

೨. ಮೊದಲು ಜಿಲ್ಲಾಪಂಚಾಯತ್‌ನಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಹೊರ ಬರಬೇಕು. ವೈದ್ಯರುಗಳಿಗೆ ಜಿಲ್ಲಾಪಂಚಾಯತ್ ಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾ ಅಧಿಕಾರಿ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಆಡಳಿತದ ಕಪಿಮುಷ್ಠಿಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಿ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಡೆಸಲು ಜಿಲ್ಲಾಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿ ಮತ್ತು ಜಿಲ್ಲಾ ಸರ್ಜನ್‌ಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಬೇಕು.

೩. ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಮೇಲಿನ ಅಧಿಕಾರಿ ಜಂಟೀನಿರ್ದೇಶಕರಾಗಿರಲಿ ಅಥವಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಆಗಿರಲಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಇದೆ. ಬೇಕಾದರೆ ತಾಲೂಕುಗೆ ಇನ್ನೊಂದು ಜಂಟೀ ನಿರ್ದೇಶಕರ ಹುದ್ದೆ ಸೃಷ್ಟಿಸಿದರೂ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಜಿಲ್ಲಾಪಂಚಾಯತ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆ ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸುವತನಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ತಳಮಟ್ಟದ ಜನರಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

೪. ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅದರಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವರು ಹಿರಿಯ ಅನುಭವಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ಆಗಿರಬೇಕೆ ವಿನಃ ಬೇರೆ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಬಂದಂತಹ, ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯದಿಂದ ಬಂದಂಥ ಐಎಎಸ್, ಕೆಎಎಸ್ ಅಧಿಕಾರಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಂತಾಗಬಾರದು. ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ, ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವಿಭಾಗಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ, ಜನತೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬಲ್ಲಂಥ ಸಮರ್ಥರನ್ನು ಹುಡಕಿ ಅವರಿಂದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ರೂಪಿಸುವಂತಾಗಬೇಕು.

ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದವರು ಒಬ್ಬರೇ ಒಬ್ಬರು ಇದುವರೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಿಲ್ಲ. ನಿಜವಾದ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಥ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆ ಮಾಡಿದವರು , ಹಿರಿಯ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯಇಲಾಖೆಯ ಮಂತ್ರಿಗಳಾಗುವವರು ವೈದ್ಯರೇ ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಸರಕಾರ ಇನ್ನೊಂದು ಒಳ್ಳೆಯ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ ಅದೇನೆಂದರೆ ಕೆಲವು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿರುವ ಭೋಗಸ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ನೀಡುವ ಹಣವನ್ನು ತೆಗೆದು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಗೆ ಕೊಡುವ

ಅನುದಾನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕತೆವಿದೆ. ಈಗಿರುವ ಬಜೆಟ್‌ನ್ನು ಹೆಚ್ಚಳ ಮಾಡಬೇಕು. ಅದೇ ರೀತಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಇಲಾಖೆಗೆ ಕೊಡತಕ್ಕಂಥ ಬಜೆಟ್‌ಕ್ಕಿಂತ ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಬಜೆಟ್ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆ ಇದೆ. ಇದನ್ನು ಮೂರುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಕಿದ ಹಣ ತಿರುಗಿ ಹಣದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಆದರೆ ಅದು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ವಾಪಸ್ಸು ಬರುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲವಾಗಿ ಹೊರಬರುವುದು, ಪ್ರತಿಫಲ ಕೊಡುವುದು ವಿನಃ ಹಣದ ರೂಪದ ಒಂದು ಉದ್ಯಮ ಅಲ್ಲ ಈ ಮಾತುಗಳು ನಮ್ಮ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು ಅರಿತು ವಿಚಾರ ಮಾಡಿ ಬಜೆಟ್‌ನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂಬ ವಿಚಾರವನ್ನು ವೈದ್ಯರು ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಈಗ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಲಯಕ್ಕೆ ನಿಗದಿ ಮಾಡುವ ಹಣದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೬೦ಭಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಮೇಲಿನ ಮತ್ತು ಭತ್ಯೆಗಳಿಗೆ ವೆಚ್ಚವಾಗಿ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲುಪಿಸಲು ವ್ಯಯವಾಗುವ ಹಣದ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಭರಿಸಲು ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಹಣದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮುಂಗಡ ಪತ್ರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಣಕಾಸನ್ನು ಮಂಜೂರು ಮಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯರುಗಳು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ಈ ಮೇಲಿನ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ವಿರೋಧಿಸುವುದು ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಈ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ವಿರೋಧದ ಧೋರಣೆಗಳ ನಡುವೆ ಇಂದು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಅವು ಜನರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪುತ್ತಿಲ್ಲ.

೬.೩ ಅಸಮರ್ಪಕ ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ಬಹುಪಾಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜನವಸತಿ ಇರುವ ಸ್ಥಳಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಬಹುದೂರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಕಡೆ ಜನತೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಬೇಟಿ ಕೊಡುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಆಗ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿದ್ದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಜನತೆ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇನ್ನು ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಆ ಊರಿಗೆ ಬಸ್ಸಿನ ಸೌಕರ್ಯ, ಸರಿಯಾದ ರಸ್ತೆ ನಿರ್ಮಾಣ ಇಂದಿಗೂ ಕೆಲವು ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ಉದಾ: ದೇವದುರ್ಗ ತಾಲೂಕಿನ ಬಸವಂತಪುರ ಗ್ರಾಮ, ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ತೆಲ್ಲೋಣಿ ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ಇಂದಿಗೂ ಬಸ್ಸಿನ ಸೌಕರ್ಯವಿಲ್ಲ. ಈ ಗ್ರಾಮಗಳ ಜನತೆ ಇಂದಿಗೂ ಎತ್ತಿನ ಬಂಡಿಯನ್ನೆ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾರೆ.

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಿದಂತೆ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೬೦ ರಷ್ಟು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯವಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮುಂದೆ ಆ್ಯಂಬುಲೆನ್ಸ್‌ಗಳು,

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಜೀಪ್‌ಗಳು ನಿಂತಿರುತ್ತವೆ ಎಂಬುದು ಸತ್ಯ ಅವು ನೊಡಲು ಸುಸಜ್ಜಿತವಾಗಿ ಕಂಡರೂ ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾಗಿವೆಯೇ ಎಂಬುದು ಜಿಜ್ಞಾಸೆಯ ವಿಷಯ. ಆ್ಯಂಬುಲೆನ್ಸ್‌ನಂತ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೇವೆಯನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. ಬಸ್ಸು-ವ್ಯಾನ್‌ಗಳ ಸಂಚಾರವಿಲ್ಲದ ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯ ಅತಿ ಅವಶ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನೂ ಕೇಳಿದರೆ ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಾಗಿ ಮೀಸಲಿಡುವ ಹಣ ಯಾವುದಕ್ಕೂ ಸಾಕಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವರು.

ಅಫಜಲಪುರ ಹಾಗೂ ದೇವದುರ್ಗ ತಾಲೂಕಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಹೇಳುವಂತೆ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಸಂಚಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ತುಂಬಾ ಹದಗೆಟ್ಟಿದೆ. ಪೋಲಿಯೋ, ಬಿಸಿಜಿ ಇನ್ನಿತರ ಲಸಿಕೆಗಳನ್ನು ಹಾಕುವ ಸಂದಂರ್ಭದಲ್ಲಿ ವಾಹನ ಸೌಕರ್ಯದ ಅಭಾವದಿಂದಾಗಿ ಕೆಲ ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ ಬೇಟಿ ನೀಡಿ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕಲು ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕನಿಷ್ಟ ಒಂದು ವಾರವಾದರೂ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತದೆ. ಲಸಿಕೆ ಹಾಕುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಹಾಗೂ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹೊರೆ ಬೀಳುವುದರಿಂದ ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗಿರುವ ವಾಹನ ದುರವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಜನತೆಗೆ ತಲುಪುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಪೋಲಿಯೋ ಹಾಕುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಗ್ರಾಮಗಳಿಗೆ, ತಾಂಡಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು ೧೦-೧೫ ಕೀ. ಮಿ ದೂರ ಲಸಿಕೆಯ ವ್ಯಾಕ್ಸಿನ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊತ್ತುಕೊಂಡು ನಡೆದು ಹೋಗುತ್ತಾರೆ. ಮಳೆಗಾಲದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ ಈ ಭಾಗದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು. ಇದರಿಂದ ನಿಗದಿತ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಹಾಕಬೇಕಾದ ಲಸಿಕೆಗಳು ಹಾಕದೆ ಹೋದಾಗ ಕೆಟ್ಟು ಹೋಗುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವ ವಿಚಾರ ಕೂಡ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಆರೋಗ್ಯಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವದಕ್ಕೆ ತೊಡುಕನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಲು ಈ ಮೇಲಿನ ಅಂಶಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತವೆ.

೬.೪ ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆ

ಸರಕಾರವು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಜನತೆಗೆ ತಲಪಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸಾಕಷ್ಟು ವಿಧದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಅವುಗಳ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ಜನತೆಗೆ ತಲುಪದೆ ಹೋಗಿವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಜನತೆ ಮುಂದಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಕಟಣೆ ಕೊಟ್ಟರೂ ಅವು ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಶಿಕ್ಷಿತ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ. ದೂರದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಜಾಹೀರಾತು ನೀಡಿದರೂ ಅವು ಕೂಡ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಎಲ್ಲ ಮನೆಗಳಲ್ಲೂ ಟಿ.ವಿ ಸೆಟ್‌ಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವರಿಗೆ ಈ ಸೌಲಭ್ಯ ಇದ್ದರೂ ಕೂಡ ಮನರಂಜನೆಯ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗಿ ಟಿ.ವಿ ಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿಯೇ ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಾರ ಮಾಡಿದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ನೋಡದೆ ಯಾವುದೋ ಧಾರಾವಾಹಿ ಇಲ್ಲವೇ ಸಿನಿಮಾ ನೋಡುವುದರಲ್ಲಿ ಮಗ್ನರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಜಾಹೀರಾತುಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜಾಹೀರಾತುಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರೂ ಅವು ಕೂಡ ಜನರ

ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ ಜಾಹೀರಾತು ಬಂದ ತಕ್ಷಣ ಬೇರೆ ಚಾನಲ್ ನೋಡುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಗೊತ್ತಾಗುವುದೇ ಇಲ್ಲ.

ಇದಲ್ಲದೆ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರಲೆಂದು ಅನೇಕ ಕರಪತ್ರ (ಪಾಂಪ್ಲೆಂಟ್)ಗಳ ಮೂಲಕ, ಗೋಡೆ ಬರಹಗಳ ಮೂಲಕ, ಕೆಲವು ಕಿರು ಪುಸ್ತಕಗಳ ಮೂಲಕ, ಪತ್ರಿಕೆಗಳ ಮೂಲಕ, ಬೀದಿನಾಟಕಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ, ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಿದೆಯಾದರೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಅಶಿಕ್ಷಿತರಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಇವರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನ ಇರುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಉಂಟಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಈ ಭಾಗದ ಜನತೆಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆಯುವ ಅನುಕೂಲವನ್ನು ಸರಕಾರ ಮಾಡಿಕೊಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು ಹಾಗೂ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುವ ಯೋಜನೆಗಳು ಸಫಲವಾಗುತ್ತವೆ. ಶಿಕ್ಷಣದ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡರೂ ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಅವು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವ ಕೆಲಸ ಕೇವಲ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಮಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಕಷ್ಟ ಸಾಧ್ಯ ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಜವಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಶಿಕ್ಷಣ ಇಲಾಖೆಗೂ, ಸಮಾಜಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆಗೂ ಕೂಡ ಕೊಡಬೇಕು. ಅಂದಾಗ ಮಾತ್ರ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲ ಜನರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸಲು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅಲ್ಲದೇ ಹಳೆಯ ಮೈಸೂರು ವಿಭಾಗಲ್ಲಿದ್ದಂತೆ ಮಹಿಳಾ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲ. ಮಹಿಳೆಯ ಪರವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಕೆಲವು ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಇವೆ. ಆದರೂ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವೆ ಕೆಲವು ಬೆರಳೆಣಿಕೆಯ NGO ಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿದರೆ ಬಹುಪಾಲು NGO ಗಳು ಸರಕಾರದ ಹಣವನ್ನು ಬಾಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿವೆಯೇ ಹೊರತು ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಕ್ಷೇತ್ರಕಾರ್ಯ ಕೈಗೊಂಡ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದ ಇನ್ನೊಂದು ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಪುರುಷರು ಕುಟಂಬ ಯೋಜನಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ದೊರೆಯಲಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಪುರುಷರು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಏಕೆ ಎಂದು ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಅಫಜಲಪುರ ತಾಲೂಕಿನ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯೊಬ್ಬರು ಹೀಗೆ ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ''ಪುರುಷರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟರೆ ಅವರು ಆರು-ಏಳು ತಿಂಗಳು ಪತ್ನಿಯೊಂದಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಬಾರದು. ಅವರು ತೊಡಗಿದರೆ ಅವರಿಗೆ ಮಕ್ಕಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಂಡತಿ ಗರ್ಭವತಿಯಾದರೆ ಅವಳು ಹಲವಾರು ಅನುಮಾನಗಳಿಗೆ ಎಡೆಯಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಕುಟುಂಬದ ಶೋಷಣೆ ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಉದ್ಭವಕ್ಕೂ

ಕಾರಣವಾಗುವ ಸಂಭವಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಪುರುಷರನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಯಾವ ವೈದ್ಯರು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ.'' ಇದರ ಬದಲಾಗಿ 'ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ' ಸುರಕ್ಷಿತ ಶಾಶ್ವತ ಸಂತಾನ ಬಗ್ಗೆ ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಿದರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿರುತ್ತೆ. ಆದರೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯಿಲ್ಲದೆ ಅಥವಾ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಿ ಪುರುಷರನ್ನು ಸಂತಾನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ಈ ರೀತಿ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಕೂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತವೆ.

ಒಟ್ಟಾರೆ ಜನತೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವಂತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಲು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಮುಖ್ಯವಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆ ಹೇರಳವಾಗಿದೆ. ಈ ಮಾಹಿತಿ ಅಂತರದಿಂದಲೇ ಅನೇಕ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಲೋಪದೋಷಗಳಿವೆ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ಸಿಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಪಡೆಯಬೇಕಾದರೆ ಈ ವರೆಗೂ ಚರ್ಚಿಸಲಾದ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ಪರಿಹಾರದತ್ತ ಗಮನವನ್ನು ಕೇಂದ್ರಿಕರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಎಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾದ ಯೋಜನೆಗಳಾದರೂ ಅವು ಹೇಗೆ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ ಎನ್ನುವುದು ಮುಖ್ಯ. ಸರಕಾರ ಯೋಜನೆಗಳ ಅನುಷ್ಠಾನ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಎಡುವುತ್ತಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಎಲ್ಲ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ದೊರಕಿಸಿದ್ದೆ ಆದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸುಗಮವಾಗಿ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

೦೧. ಕಲ್ಲಾಪೂರ ಪಿ.ಬಿ; ೧೯೮೭; **ಭಾರತದ ಗ್ಯಾಸಿಟಿಯರ್**, ಭಾರತದ ದೇಶಕೋಶ, ಸಂಪುಟ, ೪, ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೨. **ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ** ವರದಿ; ೨೦೦೫; ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೩. ಜೈನ್ ಎಲ್.ಸಿ; ೨೦೦೫; 'ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ: ನನಸಾಗದ ಕನಸು,' **ಪ್ರಜಾವಾಣಿ** ದಿನ ಪತ್ರಿಕೆ (ಡಿಸೆಂಬರ್)

■■■

ಅಧ್ಯಾಯ : ಏಳು

ಸಮಾರೋಪ

ಸಮಾರೋಪ

ಭಾರತೀಯ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಕೆಲವು ಕ್ಷೇತ್ರಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ ಎಲ್ಲ ರಂಗದಲ್ಲೂ ಪುರುಷರಿಗೆ ಸರಿಸಮಾನವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಾ ಬಂದಿದ್ದರೂ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜ ಅವರನ್ನು ಸರಿಸಮಾನವಾಗಿ ಕಾಣದೇ ಇರುವುದು ವಿಪರ್ಯಾಸ. ಅದರಲ್ಲೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಜೀವನದುದ್ದಕ್ಕೂ ಹಲವಾರು ರೀತಿಯ ಸಂಕೀರ್ಣ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಹಲವಾರು ವೈಯುಕ್ತಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯೂ ಒಂದು ಗಂಭೀರವಾದ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಮನುಷ್ಯರ ಬದುಕಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿ ಬೇಕಾದ ಒಂದು ಮೂಲಭೂತ ಸಂಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಯಾವ ದೇಶ ಹೆಚ್ಚು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆಯೋ ಅದು ಹೆಚ್ಚು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಿಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿಯೇ ಜನರ ಜೀವನವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂತೆಯೇ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಕೆಲವು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪುಗೊಂಡಿವೆ. ಆದರೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿನ ಮತ್ತು ಇತರ ಕೆಲವು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಗಳು ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇನ್ನು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹತ್ತಿರವಿರುವ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಪ್ರಚಲಿತದಲ್ಲಿದ್ದರೂ ಮಹಿಳೆಯರು ಅವುಗಳ ಉಪಯೋಗವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳದಿರುವುದನ್ನು ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿರುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದ ಮನೋಭಾವ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕುರಿತು ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ ತಿಳುವಳಿಕೆ, ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯ ಕೊರತೆ, ಅವರ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿನ ಅಧೀನತೆಯ ಬದುಕಿನಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲಿಕ್ಕೆ ಇಲ್ಲವೆ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವತ್ತ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನ ಹರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗದ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ರಕ್ತ ಹೀನತೆಯಿಂದ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಇಷ್ಟು ಮುಂದುವರೆದ ಕಾಲದಲ್ಲಿಯೂ, ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಮರಣವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಹೀಗೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದಿದ್ದರೆ ಅದು ಕೇವಲ ಅವರ ದೈಹಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಮಾತ್ರವೇ ಆಗಿರದು ಈ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅವರು ವಾಸಿಸುವ ಕುಟುಂಬ, ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಅವಳಿಗೆ ದೊರೆಯುವ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಮತ್ತು ಆಹಾರ, ಅವರು ವಾಸಿಸುವ ಪರಿಸರ, ಅವರ ಅನಕ್ಷರತೆ ಈ ರೀತಿಯ ಸಂಗತಿಗಳು ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ರೂಪಿತವಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಸಮಸ್ಯೆಗಳೇನೆಂಬುದನ್ನು ಅರಿತು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕು ಅಂದಾಗ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಚಲಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಕೇವಲ ಮಹಿಳೆಯ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅನ್ವಯಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಎಲ್ಲ ವಯೋಮಾನದ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವಂತಾಗಬೇಕು.

ಮೊದಲು ಸಮಾಜಕ್ಕಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿರುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮನೋಭಾವ ಬದಲಾಗಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ. ಮತ್ತು ಈಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ವಚನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯವು ಪರಿಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪರಿಭಾವಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ವಾಸ್ತವ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟಿದೆ. ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮುಖ್ಯ ಎಂದು ನಮ್ಮ ಸಮಾಜ ಭಾವಿಸುವುದಿಲ್ಲವೊ ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೂ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ ಮಾತ್ರ ಸುಧಾರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಧೋರಣೆಗಳು ಬದಲಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಪುರುಷ ಚಿಂತನೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ನೈಜವಾದ ಮಹಿಳಾಪರ ಕಾಳಜಿಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿದೆ.

೭.೧ ಅಧ್ಯಯನದ ಫಲಿತಗಳು

* ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ವಾವಲಂಬಿಗಳಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಮಹಿಳೆಯರು ಗಂಡನ ಇಲ್ಲವೆ ಕುಟುಂಬದ ಆದಾಯವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಬದುಕುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಇವರಿಗೆ ತಮಗೆ ಬೇಕಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
* ಆರ್ಥಿಕತೆಗೂ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೂ ಸಂಬಂಧವಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಸ್ಥಿತಿವಂತರಾದ ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ಹಿಂದುಳಿದ ಬಡ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವು ಅತ್ಯಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.

* ಬಡತನರೇಖೆಯ ಕೆಳಗೆ ಜೀವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿ ವಿವಿಧ ಕೂಲಿ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಸಂಪಾದನೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೂ ಅವರ ಸಂಪಾದನೆಯೆಲ್ಲ ಕುಟುಂಬ ನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿಯೇ ವ್ಯಯವಾಗುವುದರಿಂದ ತಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅವರು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದೇ ಇಲ್ಲ.

* ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ವೈದ್ಯರು ಪುರುಷರಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಿಂದ ತಮ್ಮ ದೇಹದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಕೆಲವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗದೆ ಕೇವಲ ತಮಗೆ ತಿಳಿದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನುಂಗಿಕೊಂಡೆ ಕಾಲ ಕಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟ ಕುಸಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಇದರಿಂದಾಗಿ ಅನೇಕ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ವರದಿಯಾಗುವುದೇ ಇಲ್ಲ.

* ವಿವಾಹಿತ ಮಹಿಳೆಯರೇ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯಂತಹ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

* ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಆರೈಕೆ, ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅವರ ಮಾನಸಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರಿಗೆ ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗುವ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ತೂಕವುಳ್ಳ ಮಗುವಿನ ಜನನಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ಭ್ರೂಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮಂದವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ಶಿಶುವಿನ ಮರಣಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆ.

* ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಹೇಳುವ ಎಲ್ಲ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ನೀಡುವ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಗಳು ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಕೆಲವು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿದೆ.

* ಪೌಷ್ಠಿಕತೆಯ ಕೊರತೆ, ಕೆಲಸದ ಹೊರೆ, ಗರ್ಭಧರಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರದ ಮೇಲಿನ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಕೊರತೆ, ಸ್ವಚ್ಛ ನೀರು, ಶೌಚಾಲಯದಂತಹ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಗಳು ಮಹಿಳೆಯರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿವೆ.

* ಸುರಕ್ಷಿತ ವಾಹನ ಮತ್ತು ಸರ್ವಕಾಲಿಕ ರಸ್ತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಉತ್ತಮ ಸಾರಿಗೆ ಸೌಲಭ್ಯ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಬಲ್ಲ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಇಲ್ಲದಿದ್ದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುವುದನ್ನು ಅಥವಾ ಸಾವೀಗಿಡಾಗುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಹಾಗೂ ಅವರ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.
* ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಬಹುಪಾಲು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನಿವಾರಣೋಪಾಯದ ಅವಶ್ಯಕ ಸಾಮಾಗ್ರಿಗಳು, ಕನಿಷ್ಠ ಸ್ವಚ್ಛತಾ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಕೊರತೆಯಿದೆ.
* ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಮಗು ಬೇಕೋ ಬೇಡವೋ ಮತ್ತು ಯಾವಾಗ ಬೇಕು? ಎನ್ನುವ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಆಕೆಯ ಗಂಡನ ಇಲ್ಲವೆ ಕುಟುಂಬದ ಇತರ ಸದಸ್ಯ(ಅತ್ತೆ, ಮಾವ)ರ ನಿರ್ಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
* ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಾದ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಾಗ, ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಬಾಣಂತಿಯರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯಗಳೆಂಬಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಭಾರತ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಾದ ಪ್ರಗತಿ ಸೂಚಕವನ್ನು ಸಿದ್ದಪಡಿಸುವಾಗ ಅದು ಪ್ರಜನನ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಾದ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರವೇ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿ ದೊರೆಯುವುದಿಲ್ಲ.
* ಕಳೆದ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪ್ರಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಇದು ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನರ ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರ ಅದರಲ್ಲೂ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿಲ್ಲ. ಹೈದ್ರಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳು ರಾಜ್ಯದ ಉಳಿದ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಅತ್ಯಂತ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದೆ.
* ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಖಾಸಗಿ ವಲಯದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರಿಕೃತವಾಗಿವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಜನರು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆಯರು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸರಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅವಲಂಭಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಿಗುತ್ತಿಲ್ಲ.
* ರಾಜ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಸರಾಸರಿಯಲ್ಲಿ ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರದೇಶದ ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಮಾಣ (ಶೇ.೩೯) ಇರುವುದು. ಅದೇ ರೀತಿ ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಗುಲ್ಬರ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಅತಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ (ಶೇ.೦.೯) ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ಕಾಯ್ದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

* ಹೈದ್ರಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಕೆಲವು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ದೇವದಾಸಿ ಸಂಪ್ರದಾಯದಂತಹ ಕೆಲವು ಅನಿಷ್ಠ ಪದ್ಧತಿಗಳು ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿನ ಮಹಿಳೆಯರು ಏಡ್ಸ್‌ನಂತಹ ಭಯಾನಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

* ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಬರಪೀಡಿತ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಪುರುಷರು ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಬಹುದೂರದ ಸ್ಥಳಗಳಿಗೆ ವಲಸೆ ಹೋಗುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಇತರ ಮಹಿಳೆಯರೊಂದಿಗೆ ಅನೈತಿಕ ಸಂಬಂಧವಿಟ್ಟು ಕೊಂಡು ತಾವು ಏಡ್ಸ್‌ಗೆ ಬಲಿಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ಆಗಾಗ ತಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ನಿವೇಶನಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸದೆ ತಮ್ಮ ಹೆಂಡತಿಯರಿಗೂ ಕೂಡ ಏಡ್ಸ್‌ರೋಗವನ್ನು ರವಾನಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

* ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ,ಬೀದರ್,ರಾಯಚೂರು,ಕೊಪ್ಪಳ,ಬಳ್ಳಾರಿ ಜಿಲ್ಲೆಗಳು ಅತಿ ತಾಪಮಾನದ ಪ್ರದೇಶಗಳಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಈ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಇತರ ವೈದ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಹಿತಕರ ವಾತಾವರಣವಿರುವ ಬೆಂಗಳೂರು-ಮೈಸೂರು ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿರಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹುದ್ದೆಗಳು ಖಾಲಿಯಿವೆ. ಈ ರೀತಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಮ್ಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಕೆಲಸ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿವೆ. ತುರ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತುರ್ತುಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಿಕ್ಕಾಗದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಇಲ್ಲಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳದಾಗಿದೆ.

* ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿದ್ದರೂ ಸಹ ಅವುಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರಕಾರ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಅನೇಕ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರರಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸಲು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ದುಡಿಯುವ ಬಹುಪಾಲು ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಅವರು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ ರಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ.

* ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಇಂದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಕೇವಲ ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವಾಗಿಬಿಟ್ಟದೆ. ಪುರುಷರು ಅನುಸರಿಸಬಹುದಾದ ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳಿದ್ದರೂ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ತಡೆಯುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಮಹಿಳೆಯರ ಮೇಲೆಯೇ ಹೇರಲಾಗಿದೆ.

* ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆಂದು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳೆಲ್ಲವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ.

೭.೨ ಸಲಹೆಗಳು

* ಕುಟುಂಬದೊಳಗೆ ಉಟೋಪಚಾರದ ಸಂಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದು ಮತ್ತು ಹೆಣ್ಣಿನ ಬಗೆಗೆ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮನೋಭಾವವಿರುವುದು ಇವು ಮಹಿಳೆಯರ ಕೆಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿವೆ. ಹೀಗೆ ಲಿಂಗ ಅಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ತೀವ್ರ ಗಮನಹರಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯತೆ ಇದೆ.
* ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಕೋಚಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರುಗಳು ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಇರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
* ಕುಟುಂಬದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರ, ಸಾಮಾನ್ಯ ಮಹಿಳೆಯರ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಹೆರಿಗೆಯಾಗುವವರೆಗೂ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರ ಆರೈಕೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಾಳಜಿವಹಿಸಬೇಕು.
* ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಉತ್ತಮ ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಅಂದರೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಾದ ನೀರು, ಶೌಚಾಲಯ, ವಾಹನ ಸೌಲಭ್ಯ, ಉತ್ತಮ ಪೀಠೋಪಕರಣ, ಉತ್ತಮ ಕಟ್ಟಡಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಹಾಗೂ ಔಷಧಿಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸರಬರಾಜು ಆಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
* ಯೋಜನಾ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯದ ಸುಧಾರಣೆ' ಎಂಬುವುದನ್ನು ಈಗಲೂ ತಾಂತ್ರಿಕ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಷಯವೆಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬುದು ಕೇವಲ ಈ ಅಂಶಗಳಿಗಷ್ಟೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿರದೆ ಇವುಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸರವೂ ಆರೋಗ್ಯ ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಮುಖ್ಯ ಅಂಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಹಾಗಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಆರೋಗ್ಯದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಬೇಕಾದರೆ ಮೊದಲು ಮೂಲಭೂತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ನಿವಾರಣೆಗೂ ಗಮನ ಹರಿಸಬೇಕು.
* ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಬಡ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಹಾಗೂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮೇಲೆ ಹಣ ವಿನಿಯೋಗ ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ವಂಚಿತ ವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಉಚಿತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ

ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ಇರುವ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು.

* ತಾಯಂದಿರ ಮರಣದರ, ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್‌ನ ಹಾವಳಿ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಸಹ ಇದರ ಗುರಿಸಾಧನೆಗೆ ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

* ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ದೃಢೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಂತೆ ೨೦ ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ೩೦ ವರ್ಷದ ನಂತರ ತಾಯಿಯಾಗುವುದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಅನೇಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಈಡಾಗುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಶಿಶುಗಳ ಮರಣವು ಅಧಿಕವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕಾರಣ ೨೦ ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ೩೦ ವರ್ಷದ ನಂತರ ತಾಯಿಯಾಗದಂತೆ ಆದಷ್ಟು ಮುಂಜಾಗ್ರತೆ ವಹಿಸುವುದು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಹಿತಕರ. ಅದೇ ರೀತಿ ಎರಡು ಮಗುವಿನ ನಡುವೆ ಅಂತರವಿರಬೇಕು ಇದು ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳ್ಳೆಯದು.

* ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ಅಗತ್ಯತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸಲು ಸರಕಾರ ಅನೇಕ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆಯೋಜಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಸಮೂಹ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೂ ಮಹಿಳೆಯರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದ ಕೊರತೆಯಿಂದಾಗಿ ಇವು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿಲ್ಲ. ಕಾರಣ ಗ್ರಾಮೀಣ ಭಾಗದ ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರು ಹೊಲಗದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವವರಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಸರಕಾರ ಆಯೋಜಿಸಿರುವ ಈ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಾಗಲಿ, ಶಿಬಿರಗಳಲ್ಲಾಗಲಿ, ಭಾಗವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ್ದರಿಂದ ಇಂತಹ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ಎಲ್ಲ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಅರಿವು ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

* ಲಿಂಗ ತಾರತಮ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೂಕ್ಷ್ಮಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯವರಿಗೂ ತರಬೇತಿ ನೀಡಬೇಕು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಉದ್ಯೋಗಿಗಳ ಮಂಡಲಿಯ ತರಬೇತಿ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸಂಗಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಲಿಂಗ ವಿಚಾರಗಳೂ ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.

* ಕೌಟುಂಬಿಕ ಹಿಂಸೆ, ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳ, ಮಧ್ಯಪಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹಿಂಸೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ, ಅದಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತಪರಿಹಾರ ಒದಗಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿ ನೀಡಬೇಕು.

* ಲೈಂಗಿಕ ಕಿರುಕುಳಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರೆಯುವುದರೊಂದಿಗೆ, ಅಂತಹವರಿಗೆ ಮನಃಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರಿಂದ, ಸಲಹಾಗಾರರಿಂದ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಂದ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಸಲಹೆ ಮಾನಸಿಕ ನೆರವು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು.
* ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಮಹಿಳಾಪರವಾಗಬೇಕು ಅಂದರೆ ಅದು ಸಮಗ್ರ ಮಹಿಳಾ ಲೋಕವನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವಂತಾಗಬೇಕು. ಮತ್ತು ಅದು ಮಹಿಳೆಯರ ದೈನಿಕದ ಜೀವನ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿಯೇ ಪರಿವರ್ತನೆಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವಂತೆ ಬದಲಾಗಬೇಕು.

■■■

ಅನುಬಂಧ

೧. ಕೋಷ್ಟಕಗಳು

೨. ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

೩. ಗ್ರಂಥಋಣ

೪. ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು

ಕೋಷ್ಟಕಗಳು

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧

ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು				ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು				ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೨	೪	೬	೦೧	೦೩	-	೦೧	೦೨	೦೪	೦೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೩೦	೧೦	೧೫	೨.೫	೭.೫	-	೨.೫	೫	೧೦	೫	೭.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೧೪	೦೫	೭	೦೧	೦೩	-	೦೨	-	೦೪	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೩೫	೧೨.೫	೧೭.೫	೨.೫	೭.೫	-	೫	-	೧೦	೨.೫	೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೦	೬	೫	-	೦೫	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೫	೧೫	೧೨.೫		೧೨.೫	೫	೨.೫	೫	೫	೫	೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೮	೧೧	೦೮	೦೩	೦೧	೦೧	-	೦೧	೦೧	೦೩	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೨೦	೨೭.೫	೨೦	೭.೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೯	೦೭	೧೦	-	೦೩	೦೨	೦೧	೦೨	೦೩	-	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೨.೫	೧೭.೫	೨೫	-	೭.೫	೫	೨.೫	೫	೭.೫	-	೨.೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೯	೫೩	೩೩	೩೬	೦೫	೧೫	೦೫	೦೫	೦೭	೧೪	೦೮	೧೦	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೪.೫	೨೬.೫	೧೬.೫	೧೮	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೩.೫	೭	೪	೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೨

ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಠಿಯಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಜ್ವರ, ತಲೆನೋವು, ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು				ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು				ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು				ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೭	೦೩	೦೫	೦೧	೦೪	-	೦೧	-	೦೨	೦೧	೦೧	೦೨	೦೬	೦೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೭.೫	೭.೫	೧೨.೫	೨.೫	೧೦	-	೨.೫	-	೫	೨.೫	೨.೫	೫	೧೫	೫	೭.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೯	೦೨	೦೪	-	೦೫	೦೧	೦೨	-	೦೩	-	೦೨	೦೧	೦೪	೦೩	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೨೨.೫	೫	೧೦	-	೧೨.೫	೨.೫	೫	-	೭.೫	-	೫	೨.೫	೧೦	೭.೫	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೬	೦೫	೦೩	-	೦೨	೦೨	-	-	೦೨	೦೧	೦೧	೦೨	೦೭	೦೨	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೧೫	೧೨.೫	೭.೫	-	೫	೫	-	-	೫	೨.೫	೨.೫	೫	೧೭.೫	೫	೧೦	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೬	೦೩	೦೧	೦೧	೦೩	೦೧	೦೧	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೫	೦೪	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೧೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೧೨.೫	೧೦	೧೦	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೫	೦೨	೦೨	-	೦೨	೦೧	೦೨	೦೧	೦೨	೦೧	೦೩	೦೨	೦೬	೦೫	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೨.೫	೫	೫	-	೫	೨.೫	೫	೨.೫	೫	೨.೫	೭.೫	೫	೧೫	೧೨.೫	೧೨.೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೦೯	೩೦	೧೮	೧೭	೦೨	೧೪	೦೭	೦೬	೦೨	೧೦	೦೫	೦೯	೦೮	೨೮	೧೬	೧೯	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೪.೫	೧೫	೯	೮.೫	೦೧	೭	೩.೫	೩	೧	೫	೨.೫	೪.೫	೪	೧೪	೮	೯.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೩

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದಾಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವ ಮಹಿಳೆಯರು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಜ್ವರ, ಮಲೇರಿಯಾ, ಡೆಂಗ್ಯೂ, ಟೈಫಾಯಿಡ್				ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು				ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು				ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೦	೦೩	೦೪	೦೧	೦೩	೦೨	೦೩	-	೦೧	-	೦೧	೦೧	೦೫	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೫	೭.೫	-	೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	೧೨.೫	೨.೫	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೮	೦೨	೦೩	-	೦೬	೦೧	೦೨	-	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೫	೦೨	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೨೦	೫	೭.೫	-	೧೫	೨.೫	೫	-	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೧೨.೫	೫	೧೨.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೯	೦೪	೦೪	೦೧	೦೨	೦೩	೦೧	೦೧	೦೩	೦೧	-	೦೧	೦೩	೦೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೨.೫	೧೦	೧೦	೨.೫	೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	-	೨.೫	೭.೫	೫	೭.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೪	೦೮	೦೨	೦೨	೦೨	೦೫	೦೨	-	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	೦೩	೦೧	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೦	೨೦	೫	೫	೫	೧೨.೫	೫	-	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೧೨.೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೫	೦೨	೦೩	೦೧	೦೨	೦೧	೦೧	-	೦೧	೦೧	೦೨	೦೧	೦೭	೦೫	೦೬	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೨.೫	೫	೭.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೧೭.೫	೧೨.೫	೧೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೧೦	೩೬	೧೯	೧೬	೦೫	೧೫	೧೨	೦೯	೦೧	೦೮	೦೪	೦೫	೦೫	೨೩	೧೧	೨೧	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೮	೯.೫	೮	೨.೫	೭.೫	೬	೪.೫	೦.೫	೪	೨	೨.೫	೨.೫	೧೧.೫	೫.೫	೧೦.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೪

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ				RMP ಅಥವಾ ಖಾಸಗೀ ಆಸ್ಪತ್ರೆ				ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ				ಹೋಗದೇ ಇರುವುದು				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೯	೦೨	೦೪	೦೨	೦೮	೦೩	೦೩	-	೦೧	೦೧	೦೨	೦೧	೦೧	-	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೨.೫	೫	೧೦	೫	೨೦	೭.೫	೭.೫	-	೨.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೧೦	೦೨	೦೩	೦೨	೦೭	೦೨	೦೪	-	೦೩	೦೧	೦೧	-	೦೧	೦೧	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೨೫	೫	೭.೫	೫	೧೭.೫	೫	೧೦	-	೭.೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೮	೦೩	೦೩	೦೩	೦೯	೦೫	೦೪	-	-	೦೧	೦೧	-	-	೦೧	-	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೦	೭.೫	೭.೫	೭.೫	೨೨.೫	೧೨.೫	೧೦	-	-	೨.೫	೨.೫	-	-	೨.೫	-	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೪	೦೭	೦೫	೦೩	೦೫	೦೬	೦೩	೦೧	೦೧	೦೧	-	-	-	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೦	೧೭.೫	೧೨.೫	೭.೫	೧೨.೫	೧೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	-	-	-	೨.೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೫	೦೬	೦೨	೦೪	೦೪	೦೪	-	೦೧	-	೦೧	-	-	-	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೧೨.೫	೧೫	೫	೧೦	೧೦	೧೦	-	೨.೫	-	೨.೫	-	-	-	೨.೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೦೭	೪೧	೧೯	೨೧	೧೨	೩೩	೨೦	೧೮	೦೧	೦೬	೦೪	೦೫	೦೧	೦೨	೦೩	೦೭	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೩.೫	೨೦.೫	೯.೫	೧೦.೫	೬	೧೬.೫	೧೦	೯	೦.೫	೩	೨	೨.೫	೦.೫	೧	೧.೫	೩.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೫

ಮಹಿಳೆಯರು ಔಷದಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೆ ಇರುವ ಕಾರಣಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವರು				ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಔಷಧಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದಿರುವವರು				ತಾತ್ಸರ ಮನೋಭಾವ				ಬಡತನದಿಂದ ಖರೀದಿ ಮಾಡಲ್ಲ				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೧೦	೦೨	೦೪	೦೧	೦೩	೦೨	೦೩	-	೦೩	-	೦೧	-	೦೩	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೨೫	೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೫	೭.೫	-	೭.೫	-	೨.೫	-	೭.೫	೫	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೧	೦೩	೦೫	-	೦೫	೦೧	೦೨	-	೦೨	೦೨	೦೧	-	೦೩	-	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೭.೫	೭.೫	೧೨.೫	-	೧೨.೫	೨.೫	೫	-	೫	೫	೨.೫	-	೭.೫	-	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೨	೦೬	೦೪	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	-	೦೨	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೩೦	೧೫	೧೦	೨.೫	೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	-	೫	೨.೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೬	೧೦	೦೬	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	-	೦೧	-	೦೧	೦೩	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೧೫	೨೫	೧೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	-	೨.೫	೭..೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೫	೦೬	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	-	-	-	೦೨	೦೧	೦೩	೦೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೧೨.೫	೧೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	-	-	-	೫	೨.೫	೭.೫	೫	೭.೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೧೪	೪೯	೨೬	೨೫	೦೪	೧೪	೦೯	೦೯	೦೨	೦೭	೦೩	೦೬	೦೧	೧೨	೦೮	೧೧	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೭	೨೪.೫	೧೩	೧೨.೫	೨	೭	೪.೫	೪.೫	೧	೩.೫	೧.೫	೩	೦.೫	೬	೪	೫.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೬

ಮಹಿಳೆಯರು ಗರ್ಭವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುವುದು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ				ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ				ಎ.ಎನ್.ಎಂ.				ಆರ್.ಎಂ.ಪಿ ಅಥವಾ ಖಾಸಗಿ ವೈದ್ಯ				ಯಾರಲ್ಲಿಗೂ ಹೋಗದೆ ಇರುವುದು				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೮	೦೨	೦೪	-	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೬	೦೨	೦೨	೦೨	೦೨	-	೦೨	-	೦೧	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೦	೫	೧೦	-	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೧೫	೫	೫	೫	೫	-	೫	-	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೯	೦೧	೦೩	೦೧	೦೩	೦೧	-	-	೦೪	೦೨	೦೨	-	೦೩	೦೧	೦೩	-	೦೨	೦೧	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೨೨.೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	-	-	೧೦	೫	೫	-	೭.೫	೨.೫	೭.೫	-	೫	೨.೫	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೭	೦೩	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	-	೦೩	೦೨	೦೨	೦೧	೦೩	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೭.೫	೭.೫	೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	೫	೫	೫	-	೭.೫	೫	೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೩	೦೮	೦೩	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೦೧	೦೩	೦೩	೦೧	-	೦೨	೦೧	೦೩	-	-	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೭.೫	೨೦	೭.೫	೨.೫	೫	೫	೫	೨.೫	೭.೫	೭.೫	೨.೫	-	೫	೨.೫	೭.೫	-	-	೨.೫	೨.೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೫	೦೩	೦೪	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	-	೦೫	೦೨	೦೩	೦೨	೦೨	೦೨	೦೨	-	೦೧	-	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೨.೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೫	೫	೫	-	೧೨.೫	೫	೭.೫	೫	೫	೫	೫	-	೨.೫	-	೨.೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೯	೩೨	೧೭	೧೬	೦೪	೧೧	೦೮	೦೬	೦೩	೨೦	೧೧	೧೦	೦೪	೧೨	೦೬	೧೨	೦೧	೦೭	೦೪	೦೭	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೪.೫	೧೬	೮.೫	೮	೨	೫.೫	೪	೩	೧.೫	೧೦	೫.೫	೫	೨	೬	೩	೬	೦.೫	೩.೫	೨	೩.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೭

ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿದವರ ವಿವರ

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುವುದು				ಆರೋಗ್ಯದ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸದೇ ಇರುವುದು				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂಖ್ಯೆ & ಶೇಕಡ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೫	೧೫	೦೪	೦೮	-	೦೪	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೨.೫	೩೭.೫	೧೦	೨೦	-	೧೦	೫	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೮	೦೫	೦೮	-	೦೩	೦೧	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೪೫	೧೨.೫	೨೦	-	೭.೫	೨.೫	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೧೨	೦೬	೦೫	೦೧	೦೫	೦೪	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೩೦	೧೫	೧೨.೫	೨.೫	೧೨.೫	೧೦	೭.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೦೭	೧೧	೦೬	೦೧	೦೩	೦೪	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೧೭.೫	೨೭.೫	೧೫	೨.೫	೭.೫	೧೦	೧೦	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೧೨	೦೭	೦೮	-	೦೩	೦೨	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೩೦	೧೭.೫	೨೦	-	೭.೫	೫	೧೦	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೧೯	೬೪	೩೩	೩೫	೦೨	೧೮	೧೩	೧೬	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೯.೫	೩೨	೧೬.೫	೧೭.೫	೧	೯	೬.೫	೮	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೮

ಗರ್ಭದರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಳಸುವವರ ವಿವರ

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರು				ಮಗು ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಮಾತ್ರೆ ತಿನ್ನುವುದಿಲ್ಲ				ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ವಾಂತಿ ಆಗುತ್ತೆ ಆದ್ದರಿಂದ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ				ಸರಳ ಹೆರಿಗೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಮಾತ್ರೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೬	೦೩	೦೪	೦೧	೦೩	೦೧	೦೨	೦೨	೦೫	೦೧	೦೨	-	೦೫	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೫	೫	೧೨.೫	೨.೫	೫	-	೧೨.೫	೨.೫	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೩	೦೬	-	೦೩	೦೧	೦೧	-	೦೫	೦೨	೦೨	-	೦೩	-	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೭.೫	೧೫	-	೭.೫	೨.೫	೨.೫	-	೧೨.೫	೫	೫	-	೭.೫	-	೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೦	೦೫	೦೬	-	೦೩	೦೨	೦೧	-	೦೨	೦೧	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	-	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೫	೧೨.೫	೧೫	-	೭.೫	೫	೨.೫	-	೫	೨.೫	೨.೫	೫	೫	೫	-	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೦೬	೧೦	೦೭	೦೧	೦೧	೦೨	-	-	೦೨	೦೧	೦೧	-	೦೧	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೧೫	೨೫	೧೭.೫	೨.೫	೨.೫	೫	-	-	೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೮	೦೬	೦೮	-	೦೩	೦೧	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	-	೦೩	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೦	೧೫	೨೦	-	೭.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	-	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೪೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೧೪	೪೦	೨೭	೩೧	೦೨	೧೩	೦೭	೦೬	೦೩	೧೫	೬	೦೭	೦೨	೧೪	೦೬	೦೭	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೭	೨೦	೧೩.೫	೧೫.೫	೧	೬.೫	೩.೫	೩	೧.೫	೭.೫	೩	೩.೫	೧	೭	೩	೩.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೮

ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿ

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ನಿತ್ಯ ನಿಯಮದ ಆಹಾರ				ವಿಶೇಷ ಆಹಾರ (ಹಣ್ಣು, ಹಾಲು, ಮೊಟ್ಟೆ, ಮಾಂಸ, ಮೀನು ಇತ್ಯಾದಿ)				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂಖ್ಯೆ & ಶೇಕಡ
ಬಿದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೨	೦೪	೦೮	೦೨	೦೭	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೩೦	೧೦	೨೦	೫	೧೭.೫	೫	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೫	೦೫	೦೭	-	೦೬	೦೧	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೩೭.೫	೧೨.೫	೧೭.೫	-	೧೫	೨.೫	೧೦	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೧೪	೦೬	೦೬	೦೧	೦೩	೦೪	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೩೫	೧೫	೧೫	೨.೫	೭.೫	೧೦	೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೬	೧೦	೦೭	೦೨	೦೪	೦೫	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೧೫	೨೫	೧೭.೫	೫	೧೦	೧೨.೫	೭.೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೦	೦೭	೦೮	೦೧	೦೫	೦೨	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೫	೧೭.೫	೨೦	೨.೫	೧೨.೫	೫	೧೦	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೧೫	೫೭	೩೨	೩೬	೦೬	೨೫	೧೪	೧೫	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೮.೫	೧೬	೧೮	೩	೧೨.೫	೭	೭.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೦

ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಮಹಿಳೆಯರು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶುಚಿತ್ವದ ಬಗ್ಗೆ ಬಟ್ಟೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಕುರಿತು				ಸಂಕೋಚದಿಂದ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ				ಋತು ಚಕ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲದ ಮಹಿಳೆಯರು				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೦೯	೦೨	೦೪	೦೧	೦೮	೦೩	೦೩	-	೦೨	೦೧	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೨೨.೫	೫	೧೦	೨.೫	೨೦	೭.೫	೭.೫	-	೫	೨.೫	೭.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೨	೦೩	-	೦೬	೦೩	೦೪	-	೦೫	೦೧	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೫	೭.೫	-	೧೫	೭.೫	೧೦	-	೧೨.೫	೨.೫	೧೦	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೦೭	೦೩	೦೨	೦೧	೦೬	೦೪	೦೫	-	೦೪	೦೩	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೦	೧೭.೫	೭.೫	೫	೨.೫	೧೫	೧೦	೧೨.೫	-	೧೦	೭.೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೪	೦೫	೦೩	೦೧	೦೪	೦೮	೦೫	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೧೦	೧೨.೫	೭.೫	೨.೫	೧೦	೨೦	೧೨.೫	೨.೫	೫	೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೫	೦೩	೦೩	-	೦೮	೦೬	೦೫	೦೧	೦೨	-	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೧೨.೫	೭.೫	೭.೫	-	೨೦	೧೫	೧೨.೫	೨.೫	೫	-	೧೦	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೧೬	೩೫	೧೫	೧೫	೦೩	೩೨	೨೪	೨೨	೦೨	೧೫	೦೭	೧೪	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೮	೧೭.೫	೭.೫	೭.೫	೧.೫	೧೬	೧೨	೧೧	೦೧	೭.೫	೩.೫	೭	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೧

ಋತುಸ್ರಾವದ ಕುರಿತು ಮಹಿಳೆಯರ ಹೇಳಿಕೆಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಋತುಸ್ರಾವ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಆಗುವ ಮಹಿಳೆಯರು				ಋತುಸ್ರಾವ ಸರಿಯಾಗಿ ಆಗದ ಮಹಿಳೆಯರು ವೈದ್ಯರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ.				ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ				ಸಂಕೋಚ ಇತರ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ ಎಂದು ಯಾರಿಗೆ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೮	೦೩	೦೪	೦೧	೦೫	-	೦೧	-	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೪	೦೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೦	೭.೫	೧೦	೨.೫	೧೨.೫	-	೨.೫	-	೫	೨.೫	೫	೫	೧೦	೫	೭.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೨	೦೫	-	೦೩	೦೧	೦೨	-	೦೪	೦೨	೦೨	-	೦೪	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೫	೧೨.೫	-	೭.೫	೨.೫	೫	-	೧೦	೫	೫	-	೧೦	೨.೫	೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೭	೦೪	೦೩	೦೧	೦೩	೦೨	೦೨	-	೦೩	೦೩	೦೨	೦೨	೦೪	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೭.೫	೧೦	೭.೫	೨.೫	೭.೫	೫	೫	-	೭.೫	೭.೫	೫	೫	೧೦	೨.೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೩	೦೫	೦೪	೦೨	೦೧	೦೨	೦೧	-	೦೪	೦೫	೦೩	-	೦೨	೦೩	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೭.೫	೧೨.೫	೧೦	೫	೨.೫	೫	೨.೫	-	೧೦	೧೨.೫	೭.೫	-	೫	೭.೫	೫	
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೫	೦೩	೦೪	೦೧	೦೩	೦೨	೦೧	೦೧	೦೪	೦೩	೦೨	-	೦೩	೦೧	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೨.೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೫	೨.೫	೨.೫	೧೦	೭.೫	೫	-	೭.೫	೨.೫	೧೨.೫	೪೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೧೧	೩೩	೧೭	೨೦	೦೫	೧೫	೦೭	೦೭	೦೧	೧೭	೧೪	೧೧	೦೪	೧೭	೦೮	೧೩	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೫.೫	೧೬.೫	೮.೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೩.೫	೩.೫	೨.೫	೮.೫	೭	೫.೫	೨	೮.೫	೪	೬.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೨

ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುವ ಮಹಿಳೆಯರು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಋತುಸ್ರಾವದ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು				ಋತುಸ್ರಾವದ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ವೇದನೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಹಿಳೆಯರು				ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಹಿಳೆಯರು				ಸೊಂಟನೋವು, ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಕೈಕಾಲುಗಳ ನೋವಿನಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಹಿಳೆಯರು				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೮	೦೨	೦೩	೦೧	೦೩	-	೦೧	-	೦೩	೦೧	೦೨	೦೨	೦೫	೦೩	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೦	೫	೭.೫	೨.೫	೭.೫	-	೨.೫	-	೭.೫	೨.೫	೫	೫	೧೨.೫	೭.೫	೧೦	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೨	೦೪	-	೦೨	೦೧	೦೧	-	೦೪	೦೧	೦೩	-	೦೫	೦೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೫	೧೦	-	೫	೨.೫	೨.೫	-	೧೦	೨.೫	೭.೫	-	೧೨.೫	೫	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೬	೦೩	೦೩	೦೧	೦೨	೦೧	-	೦೧	೦೪	೦೨	೦೨	೦೧	೦೫	೦೪	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೫	೭.೫	೭.೫	೨.೫	೫	೨.೫	-	೨.೫	೧೦	೫	೫	೨.೫	೧೨.೫	೧೦	೭.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೩	೦೫	೦೪	-	೦೨	೦೩	೦೧	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	೦೩	೦೫	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೭.೫	೧೨.೫	೧೦	-	೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೧೨.೫	೧೦	೪೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೫	೦೩	೦೩	೦೧	೦೩	೦೨	೦೨	೦೧	೦೨	೦೧	೦೩	-	೦೫	೦೩	೦೪	೨೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೨.೫	೭.೫	೭.೫	೨.೫	೭.೫	೫	೫	೨.೫	೫	೨.೫	೭.೫	-	೧೨.೫	೭.೫	೧೦	೪೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೧೧	೩೨	೧೫	೧೭	೦೩	೧೨	೦೭	೦೫	೦೩	೧೫	೦೭	೧೧	೦೪	೨೩	೧೭	೧೮	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೫.೫	೧೬	೭.೫	೮.೫	೧.೫	೬	೩.೫	೨.೫	೧.೫	೭.೫	೩.೫	೫.೫	೨	೧೧.೫	೮.೫	೯	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೩

ಅತಿರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಅರಿವು ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವ ಅರಿವು ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರು				ಅರಿವು ಇದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರು ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು				ಬಡತನದಿಂದ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಕೊರತೆ				ಹೆಣ್ಣು ಎನ್ನುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾದ ಮಹಿಳೆಯರು				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೧	೦೨	೦೧	೦೨	೦೧	-	-	೦೬	೦೨	೦೩	೦೨	೦೮	೦೨	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೫	೨.೫	-	-	೧೫	೫	೭.೫	೫	೨೦	೫	೧೨.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೪	-	೦೧	೦೨	೦೩	-	-	-	೦೪	೦೨	೦೩	-	೧೦	೦೪	೦೭	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೧೦	-	೨.೫	೫	೭.೫	-	-	-	೧೦	೫	೭.೫	-	೨೫	೧೦	೧೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೨	೦೧	೦೧	೦೨	೦೧	೦೧	-	೦೬	೦೩	೦೨	೦೨	೦೬	೦೪	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೫	೨.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೨.೫	-	೧೫	೭.೫	೫	೫	೧೫	೧೦	೧೦	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	೦೩	೦೫	೦೨	೦೧	೦೪	೦೬	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೧೨.೫	೫	೨.೫	೧೦	೧೫	೧೨.೫	೪೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	-	೦೪	೦೩	೦೩	-	೦೬	೦೪	೦೬	೨೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೨.೫	೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	-	೧೦	೭.೫	೭.೫	-	೧೫	೧೦	೧೫	೪೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೮	೧೪	೦೬	೦೮	೦೭	೧೧	೦೫	೦೩	೦೧	೨೩	೧೫	೧೩	೦೫	೩೪	೨೦	೨೭	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೪	೭	೩	೪	೩.೫	೫.೫	೨.೫	೧.೫	೦.೫	೧೧.೫	೭.೫	೬.೫	೨.೫	೧೭	೧೦	೧೩.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೪

ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ವಿಧಾನಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶುದ್ಧವಾದ ಕಾಟನ್ ಬಟ್ಟೆ				ನ್ಯಾಪ್‌ಕಿನ್‌ಗಳು				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂಖ್ಯೆ & ಶೇಕಡ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೨	೦೫	೦೮	೦೨	೦೭	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೩೦	೧೨.೫	೨೦	೫	೧೭.೫	೨.೫	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೫	೦೪	೦೭	-	೦೬	೦೨	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೩೭.೫	೧೦	೧೭.೫	-	೧೫	೫	೧೦	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೧	೦೮	೦೭	೦೨	೦೬	೦೨	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೭.೫	೨೦	೧೭.೫	೫	೧೫	೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೫	೦೮	೧೩	೦೯	-	೦೨	೦೨	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೧೨.೫	೨೦	೩೨.೫	೨೨.೫	-	೫	೫	೨.೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೧೦	೦೭	೧೦	೦೧	೦೫	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೫	೧೭.೫	೨೫	೨.೫	೧೨.೫	೫	೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೧೬	೫೬	೩೭	೪೧	೦೫	೨೬	೦೯	೧೦	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೮	೨೮	೧೮.೫	೨೦.೫	೨.೫	೧೩	೪.೫	೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೫

ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ				ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ				ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ				ಯಾವ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲ				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೭	೦೨	೦೩	೦೧	೦೨	-	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	-	೦೯	೦೩	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೧೭.೫	೫	೭.೫	೨.೫	೫	-	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	-	೨೨.೫	೭.೫	೧೨.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೬	೦೧	೦೪	೦೧	೦೩	-	೦೧	-	೦೨	-	೦೧	-	೧೦	೦೫	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೫	೨.೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	-	೨.೫	-	೫	-	೨.೫	-	೨೫	೧೨.೫	೧೨.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೫	೦೩	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	-	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೯	೦೫	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೧೨.೫	೭.೫	೫	೨.೧೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	-	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨೨.೫	೧೨.೫	೧೦	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೪	೦೫	೦೩	೦೨	೦೨	೦೧	-	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	-	೦೨	೦೭	೦೬	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೦	೧೨.೫	೭.೫	೫	೫	೨.೫	-	೨.೫	೫	೫	೨.೫	-	೫	೧೭.೫	೧೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೩	೦೪	೦೧	೦೨	-	೦೧	-	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೯	೦೪	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೫	-	೨.೫	-	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೨೨.೫	೧೦	೧೨.೫	
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೧೧	೨೫	೧೪	೧೬	೦೬	೧೦	೦೨	೦೪	೦೨	೦೮	೦೬	೦೬	೦೨	೩೯	೨೪	೨೫	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೫.೫	೧೨.೫	೭	೮	೩	೫	೧	೨	೧	೪	೩	೩	೧	೧೯.೫	೧೨	೧೨.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೬

ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವಿನ ಕೊರತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಅನಕ್ಷರತೆ				ಆಸಕ್ತಿಯಿಲ್ಲದಿರುವುದು				ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಹೇಳಿಲ್ಲ				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೧೦	೦೪	೦೪	೦೨	೦೫	೦೧	೦೩	೦೨	೦೪	೦೧	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೨೫	೧೦	೧೦	೫	೧೨.೫	೨.೫	೭.೫	೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೪	೦೩	೦೨	೦೨	೧೦	೦೨	೦೭	-	೦೭	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೧೦	೭.೫	೫	೫	೨೫	೫	೧೭.೫	-	೧೭.೫	೨.೫	೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೩	೦೪	೦೫	೦೩	೧೦	೦೩	೦೨	೦೧	೦೪	೦೩	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೭.೫	೧೦	೧೨.೫	೭.೫	೨೫	೭.೫	೫	೨.೫	೧೦	೭.೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೪	೦೩	೦೬	೦೩	೦೩	೦೭	೦೨	೦೨	೦೩	೦೫	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೧೦	೭.೫	೧೫	೭.೫	೭.೫	೧೭.೫	೫	೫	೭.೫	೧೨.೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೭	೦೫	೦೧	೦೮	೦೨	೦೩	೦೧	೦೪	-	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೧೭.೫	೧೨.೫	೨.೫	೨೦	೫	೭.೫	೨.೫	೧೦	-	೧೦	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೪	೨೪	೨೧	೨೨	೧೧	೩೬	೧೫	೧೭	೦೬	೨೨	೧೦	೧೨	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೨	೧೨	೧೦.೫	೧೧	೫.೫	೧೮	೭.೫	೮.೫	೩	೧೧	೫	೬	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೭

ಮಹಿಳೆಯರು ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಉಪಯಕ್ತ ಪಡೆದ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ				ಜಿಲ್ಲಾ ಅಥವಾ ತಾಲೂಕು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ				ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ				ಯಾವ ಸಂಸ್ಥೆಯಿಂದ ಪಡೆದಿಲ್ಲ				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೯	೦೨	೦೪	೦೨	೦೬	೦೨	೦೩	೦೨	೦೩	೦೧	೦೧	-	೦೧	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೨೨.೫	೫	೧೦	೫	೧೫	೫	೭.೫	೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೮	೦೨	೦೩	೦೧	೦೬	೦೧	೦೨	೦೧	೦೬	೦೩	೦೫	-	೦೧	-	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೨೦	೫	೭.೫	೨.೫	೧೫	೨.೫	೫	೨.೫	೧೫	೭.೫	೧೨.೫	-	೨.೫	-	೨.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೭	೦೩	೦೨	೦೨	೦೫	೦೩	೦೩	೦೨	೦೫	೦೪	೦೨	-	-	-	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೭.೫	೭.೫	೫	೫	೧೨.೫	೭.೫	೭.೫	೫	೧೨.೫	೧೦	೫	-	-	-	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೪	೦೬	೦೩	೦೨	೦೩	೦೬	೦೨	೦೨	೦೨	೦೨	೦೩	-	೦೧	೦೧	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೦	೧೫	೭.೫	೫	೭.೫	೧೫	೫	೫	೫	೫	೭.೫	-	೨.೫	೨.೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೪	೦೩	೦೬	೦೧	೦೫	೦೨	೦೩	೦೧	೦೪	೦೨	೦೨	-	೦೨	೦೨	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೦	೭.೫	೧೫	೨.೫	೧೨.೫	೫	೭.೫	೨.೫	೧೦	೫	೫	-	೫	೫	೨.೫	೧೨.೫
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೫	೩೨	೧೬	೧೮	೦೮	೨೫	೧೬	೧೩	೦೮	೨೦	೧೨	೧೩	-	೫	೪	೭	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೬	೮	೯	೪	೧೨.೫	೮	೬.೫	೪	೧೦	೬	೬.೫	-	೨.೫	೨	೩.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೮

ಮಹಿಳೆಯರ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ				ಸಂತಾನವನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು				ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ವಿರಿಸುವುದು				ಮೂರು ಸರಿ				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೯	೦೩	೦೪	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೦೧	೦೩	೦೧	೦೨	೦೧	೦೫	-	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೨.೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೫	೫	೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೧೨.೫	-	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೮	೦೨	೦೩	-	೦೬	೦೧	೦೨	-	೦೩	೦೨	೦೩	೦೨	೦೪	೦೧	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೨೦	೫	೭.೫	-	೧೫	೨.೫	೫	-	೭.೫	೫	೭.೫	೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೩	೦೨	-	೦೩	೦೧	೦೧	೦೧	೦೪	೦೨	೦೩	೦೨	೦೭	೦೪	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೭.೫	೫	-	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೧೦	೫	೭.೫	೫	೧೭.೫	೧೦	೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೨	೦೫	೦೫	-	೦೧	೦೧	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೩	೦೫	೦೭	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೫	೧೨.೫	೧೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೭.೫	೧೨.೫	೧೭.೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೩	೦೬	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	-	೦೨	೦೩	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೭.೫	೧೫	೨.೫	೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	-	೫	೭.೫	೭.೫	೪೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೭	೩೨	೧೬	೨೦	೦೨	೧೪	೦೭	೦೯	೦೪	೧೩	೮	೧೦	೮	೨೩	೧೫	೧೨	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೩.೫	೧೬	೮	೧೦	೧	೭	೩.೫	೪.೫	೨	೬.೫	೪	೫	೪	೧೧.೫	೭.೫	೬	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೧೯

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾದ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಹೊಟ್ಟೆನೋವು				ಸೊಂಟನೋವು				ಆಯಾಸ				ಯಾವ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿಲ್ಲ				ಒಟ್ಟು
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೨	೦೨	-	-	೦೩	೦೧	೦೪	೦೧	೦೨	೦೧	೦೨	೦೩	೧೨	೦೨	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೫	೫	-	-	೭.೫	೨.೫	೧೦	೨.೫	೫	೨.೫	೫	೭.೫	೩೦	೫	೧೦	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೩	೦೧	೦೨	-	೦೩	-	೦೧	-	೦೪	೦೧	೦೨	೦೨	೧೧	೦೪	೦೬	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೭.೫	೨.೫	೫	-	೭.೫	-	೨.೫	-	೧೦	೨.೫	೫	೫	೨೭.೫	೧೦	೧೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೨	೦೩	೦೨	೦೧	೦೩	೦೧	೦೧	-	೦೨	೦೧	೦೨	೦೩	೧೦	೦೫	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೫	೭.೫	೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	-	೫	೨.೫	೫	೭.೫	೨೫	೧೨.೫	೭.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೩	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೩	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	೦೨	೦೪	೦೮	೦೬	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೭.೫	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೭.೫	೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	೫	೧೦	೨೦	೧೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೬	೦೧	-	೦೧	-	೦೧	೦೩	೦೨	೦೨	೦೨	೦೧	೦೧	೦೭	೦೫	೦೮	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೧೫	೨.೫	-	೨.೫	-	೨.೫	೭.೫	೫	೫	೫	೨.೫	೨.೫	೧೭.೫	೧೨.೫	೨೦	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೦೩	೧೬	೦೯	೦೫	೦೩	೧೦	೦೬	೧೧	೦೪	೧೨	೦೭	೦೮	೧೧	೪೪	೨೪	೨೭	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೧.೫	೮	೪.೫	೨.೫	೧.೫	೫	೩	೫.೫	೨	೬	೩.೫	೪	೫.೫	೨೨	೧೨	೧೩.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೨೦

ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳು: ಅನುಸರಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ	ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನಗಳು								ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನಗಳು												ಒಟ್ಟು
		ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ				ಉದರ ದರ್ಶಕ				ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಗುಳಿಗೆಗಳು				ಕಾಪರ್-ಟಿ				ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ				
	ಶೇಕಡ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬೀದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೯	೦೩	೦೫	೦೧	೦೫	೦೨	೦೩	೦೧	೦೨	-	೦೧	೦೧	೦೨	೦೧	೦೧	-	೦೧			೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೨.೫	೭.೫	೧೨.೫	೨.೫	೧೨.೫	೫	೭.೫	೨.೫	೫	-	೨.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫			೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೧೦	೦೪	೦೫	-	೦೪	೦೧	೦೨	-	೦೩	೦೧	೧೦	-	೦೨	-	೦೨	-	೦೨	-	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೨೫	೧೦	೧೨.೫	-	೧೦	೨.೫	೫	-	೭.೫	೨.೫	೨.೫	-	೫	-	೫	-	೫		೨.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೯	೦೪	೦೩	೦೧	೦೨	೦೨	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೧	-	೦೩	೦೧	೦೧	-	೦೧	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೨೨.೫	೧೦	೭.೫	೨.೫	೫	೫	೫	೨.೫	೫	೫	೨.೫	-	೭.೫	೨.೫	೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೪	೦೮	೦೩	೦೧	೦೧	೦೨	೦೧	-	೦೨	೦೩	೦೫	೦೧	೦೩	೦೨	೦೧	೦೧	-	-	-	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೦	೨೦	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೫	೨.೫	-	೫	೭.೫	೧೨.೫	೨.೫	೭.೫	೫	೨.೫	೨.೫	-	-	-	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೬	೦೩	೦೪	೦೧	೦೩	೦೧	೦೨	-	೦೨	೦೨	೦೩	೦೨	೦೩	೦೨	೦೨	-	೦೧	೦೧	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೫	-	೫	೫	೭.೫	೫	೭.೫	೫	೫	-	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೧೦	೩೮	೨೨	೨೦	೦೪	೧೫	೦೮	೧೦	೦೨	೧೧	೦೮	೦೬	೦೪	೧೩	೦೬	೦೭	೦೧	೦೫	೦೧	೦೩	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೯	೧೧	೧೦	೨	೭.೫	೪	೫	೧	೫.೫	೪	೩	೨	೬.೫	೩	೩.೫	೦.೫	೨.೫	೦.೫	೧.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೨೧

ಮಹಿಳೆಯರು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಗಂಡು ಮಗುವಿಗೋಸ್ಕರ				ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿಗೋಸ್ಕರ				ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕೋಸ್ಕರ				ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲಿಕ್ಕೆ				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಬಿದರ್	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೧	-	೦೧	-	೦೧	-	೦೧	೦೨	೧೨	೦೩	೦೩	೦೩	೦೫	೦೩	೦೫	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೨.೫	-	೨.೫	-	೨.೫	-	೨.೫	೫	೩೦	೭.೫	೭.೫	೭.೫	೧೨.೫	೭.೫	೧೨.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೧	೦೧	-	-	೦೨	-	೦೧	೦೨	೧೫	೦೪	೦೬	-	೦೩	೦೧	೦೪	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೨.೫	೨.೫	-	-	೫	-	೨.೫	೫	೩೭.೫	೧೦	೧೫	-	೭.೫	೨.೫	೧೦	
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	-	-	೦೧	-	೦೧	೦೧	-	೦೩	೧೧	೦೬	೦೫	೦೧	೦೫	೦೩	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	-	-	೨.೫	-	೨.೫	೨.೫	-	೭.೫	೨೭.೫	೧೫	೧೨.೫	೨.೫	೧೨.೫	೭.೫	೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೧	೦೪	೦೨	೦೧	-	-	೦೧	೦೪	೦೮	೦೮	೦೫	-	೦೧	೦೩	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೨.೫	೧೦	೫	೨.೫	-	-	೨.೫	೧೦	೨೦	೨೦	೧೨.೫	-	೨..೫	೭.೫	೫	
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೨	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	೦೧	೦೨	೧೦	೦೭	೦೮	-	೦೨	-	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೨.೫	೫	೨೫	೧೭.೫	೨೦	-	೫	-	೫	೪೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೦೨	೦೫	೦೬	೦೫	೦೨	೦೫	೦೨	೦೪	೧೩	೫೬	೨೮	೨೭	೦೪	೧೬	೧೦	೧೬	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೧	೨.೫	೩	೨.೫	೧	೨.೫	೧	೨	೬.೫	೨೮	೧೪	೧೩.೫	೨	೮	೫	೮	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೨೨

ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಿದವರು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರು				ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರು				ವೈದ್ಯರು				ಸ್ವತಃ ಅರಿವು ಹೊಂದಿದವರು				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂ & ಶೇ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೫	೦೧	೦೨	೦೧	೦೩	೦೧	೦೧	೦೨	೦೬	೦೩	೦೪	೦೧	೦೫	೦೧	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೧೨.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೭.೫	೨.೫	೨.೫	೫	೧೫	೭.೫	೧೦	೨.೫	೧೨.೫	೨.೫	೭.೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೬	೦೧	೦೧	-	೦೪	-	೦೧	೦೧	೦೭	೦೩	೦೬	೦೧	೦೪	೦೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೧೫	೨.೫	೨.೫	-	೧೦	-	೨.೫	೨.೫	೧೭.೫	೭.೫	೧೫	೨.೫	೧೦	೫	೭.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೧	೦೩	-	೦೧	-	೦೨	೦೨	-	೦೨	೦೮	೦೬	೦೬	೦೨	೦೪	೦೨	೦೧	೪೦
	ಶೇಕಡ	೨.೫	೭.೫	-	೨.೫	-	೫	೫	-	೫	೨೦	೧೫	೧೫	೫	೧೦	೫	೨.೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೩	೦೨	-	೦೧	೦೬	೦೨	೦೨	೦೫	೦೩	೦೪	೦೧	೦೧	೦೩	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೭.೫	೫	-	೨.೫	೧೫	೫	೫	೧೨.೫	೭.೫	೧೦	೨..೫	೨.೫	೭.೫	೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೨	೦೨	೦೩	೦೧	೦೨	೦೧	೦೨	೦೨	೦೮	೦೪	೦೫	೦೧	೦೩	೦೨	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೫	೫	೭.೫	೨.೫	೫	೨.೫	೫	೫	೨೦	೧೦	೧೨.೫	೨.೫	೭.೫	೫	೫	೪೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂ	೦೪	೧೯	೦೭	೦೯	೦೨	೧೨	೧೦	೦೬	೦೯	೩೪	೧೯	೨೫	೦೬	೧೭	೧೦	೧೧	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೨	೯.೫	೩.೫	೪.೫	೧	೬	೫	೩	೪.೫	೧೭	೯.೫	೧೨.೫	೩	೮.೫	೫	೫.೫	೧೦೦

ಕೋಷ್ಟಕ - ೨೩

೩೦-೩೫ ವರ್ಷದೊಳಗೆ ಮುಟ್ಟುನಿಲ್ಲುವುದನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವ ಮಹಿಳೆಯರು

ತಾಲೂಕುಗಳು	ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇಕಡ	೩೦-೩೫ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವುದನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದು				ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸದೇ ಇರುವ ಮಹಿಳೆಯರು				ಒಟ್ಟು
		ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಾಮಾನ್ಯ	ಓಬಿಸಿ	ಪ.ಪಂ	ಪ.ಜಾ	ಸಂಖ್ಯೆ & ಶೇಕಡ
ಔರದ್	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೭	೦೨	೦೮	೦೩	೧೨	೦೪	೦೨	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೧೭.೫	೫	೨೦	೭.೫	೩೦	೧೦	೫	೨೦
ಅಫಜಲಪುರ	ಸಂಖ್ಯೆ	-	೦೬	೦೧	೦೨	೦೨	೧೫	೦೫	೦೯	೪೦
	ಶೇಕಡ	-	೧೫	೨.೫	೫	೫	೩೭.೫	೧೨.೫	೨೨.೫	೨೦
ದೇವದುರ್ಗ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೩	೦೨	೦೨	೦೩	೧೪	೦೮	೦೬	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೭.೫	೫	೫	೭.೫	೩೫	೨೦	೧೫	೨೦
ಹೊಸಪೇಟೆ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೩	೦೨	೦೩	೦೭	೦೨	೦೮	೧೨	೦೩	೪೦
	ಶೇಕಡ	೭.೫	೫	೭.೫	೧೭.೫	೫	೨೦	೩೦	೭.೫	೨೦
ಯಲಬುರ್ಗಾ	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೨	೦೨	೦೨	೦೨	೦೨	೧೩	೦೭	೧೦	೪೦
	ಶೇಕಡ	೫	೫	೫	೫	.೫	೩೨.೫	೧೭.೫	೨೫	೨೦
ಒಟ್ಟು	ಸಂಖ್ಯೆ	೦೯	೨೦	೧೦	೨೧	೧೨	೬೨	೩೬	೩೦	೨೦೦
	ಶೇಕಡ	೪.೫	೧೦	೫	೧೦.೫	೬	೩೧	೧೮	೧೫	೧೦೦

ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು : ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ

ಮಹಿಳೆಯರ ಅರಿವಿನ ಪಾತ್ರ

ಹೆಸರು :

೧. ವಯಸ್ಸು :

೨. ಶಿಕ್ಷಣ :

೩. ಕುಟುಂಬದ ಪ್ರಕಾರ : ವಿಭಕ್ತ /ಅವಿಭಕ್ತ

೪. ಜಾತಿ :

೫. ಉದ್ಯೋಗ :

ಕೌಟುಂಬಿಕ ವಿವರ

ಕ್ರ.ಸಂ	ಹೆಸರು	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಸಂಬಂಧ	ವಯಸ್ಸು	ಶಿಕ್ಷಣ	ವೃತ್ತಿ	ಆದಾಯ
೧.								
೨								
೩								
೪								
೫								
೬								
೭								

೬. ನಿಮ್ಮ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು ?

೧. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು ೨. ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು.

೩. ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು.

೭. ನೀವು ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಎನ್ನುತ್ತೀರಿ ?

೧. ತಲೆನೋವು, ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು, ಜ್ವರ, ೨. ದೈಹಿಕ ಒತ್ತಡ, ೩. ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ೪. ಅತಿ ಮುಟ್ಟು,

೫. ಕಡಿಮೆ ಮುಟ್ಟು , ೬. ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವಾಗ ಎದುರಿಸುವ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು

೮. ಈ ಮೇಲಿನ ಯಾವ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಬಂದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವಿರಿ ?

೯. ಹೋಗುವುದಾದರೆ ನೀವು ಯಾವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವಿರಿ ?

೧. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ೨. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ೩. ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ

೧೦. ನೀವು ವೈದ್ಯರು ಹೇಳಿದ ಪ್ರಕಾರದಲ್ಲಿ ಔಷದಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೧೧. ನೀವು ಔಷದಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವದಿಲ್ಲವಾದರೆ ಯಾವ ಕಾರಣ ತಿಳಿಸಿ ?

೧. ಬಡತನ ೨. ಕೆಲಸದ ಒತ್ತಡ ೩. ತಾತ್ಸರ ಮನೋಭಾವ

ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಅರಿವು

೧. ನಿಮಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳೆಂದರೇನು ಗೊತ್ತಿದೆಯಾ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೨. ಗೊತ್ತಿದೆಯಾದರೆ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳು ತಿಳಿಸಿ?

೧. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ೨. ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಯೋಜನೆ

೩. ರಕ್ತ ಹೀನತಾ ಪ್ರತಿಬಂಧಕ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ೪. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಡ್ಸ್ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

೫ ಇನ್ನಿತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

೩. ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಕಾರಣ ಕೊಡಿ ?

೪. ಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇದ್ದರೆ ಯಾವ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳಿಂದ ಸದುಪಯೋಗ ಪಡೆದಿದ್ದಿರಿ ?

೫. ಪಡೆದಿದ್ದರೆ ಎಲ್ಲಿ ಪಡೆದಿದ್ದಿರಿ ?

೧. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ೨. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ೩. ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ೪. ಇತರೆ

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸಾಧಕ-ಬಾಧಕಗಳು

೧. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಎಂದರೇನು? ನಿಮ್ಮ ದೃಷ್ಠಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ ?

೧. ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣ ೨. ಸಂತಾನವನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು

೩. ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರವಿರಿಸುವುದು ೪. ಮೂರುಸರಿ

೨. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಸದುಪಯೋಗ ಪಡೆದಿದ್ದರೆ ವಿವರಿಸಿ ?

೧. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನ ೨. ಶಾಶ್ವತ ವಿಧಾನ

೩. ಶಾಶ್ವತವಾದರೆ ಯಾವ ವಿಧಾನ ?

೧. ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ೨. ಉದರ ದರ್ಶಕ ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ ೩. ಗಿಡಮೂಲಿಕೆ

೪. ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ವಿಧಾನವಾದರೆ ಯಾವು ?

೧. ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ಗುಳಿಗೆಗಳು ೨. ಕಾಪರ್-ಟಿ ೩. ಜೆಲ್ಲಿ ೪. ವಂಕಿ ೫. ಇತರೆ

೫. ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದರಿಂದ ನಿಮ್ಮ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆಯಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೬. ಹೌದಾದರೆ ಯಾವ ರೀತಿ ನಿಮ್ಮ ಶರೀರದ ಮೇಲೆ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ ?

ಮಹಿಳೆಯರ ಸಂತಾನ ಆರೋಗ್ಯ

೧. ನೀವು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದಾಗ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ತಪ್ಪದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಹೋಗುವಿರಾ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೨. ಹೌದಾದರೆ ಯಾರ ಹತ್ತಿರ ಹೋಗುತ್ತೀರಿ ?

೧. ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ೨. ಎ.ಎನ್.ಎಂ ೩. ಪುರುಷ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ

೩. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಕಾರಣ ಕೊಡಿ ?

೪. ಸಂತಾನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಯಾವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತಿರಿ ?

೧. ಸರಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ೨. ಖಾಸಗಿ ನರ್ಸಿಂಗ ಹೋಮ್

೫. ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗುವಾಗ ಯಾರಾದರೂ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿರುವರೆ ?

೧. ಗಂಡನ ಸಹಾಯದಿಂದ ೨. ಅತ್ತೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ೩. ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರ ಸಹಾಯದಿಂದ ೪. ಒಬ್ಬರೇ ಹೋಗುವಿರಾ

೬. ನೀವು ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮಾಡಿಸಿದ್ದಿರಾ ಯಾವ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿ ?

೧. ಗಂಡು ಮಗು ಬೇಕು ೨. ಹೆಣ್ಣು ಮಗು ಬೇಕು.

೩. ಮಗುವಿಗೆ ಏನಾದರೂ ತೊಂದರೆಯಾಗಿದೆಯಾ ೪. ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯಗೋಸ್ಕರ

೭. ಹೆಣ್ಣು ಮಗು ಎಂದಾದರೆ ನೀವು ತೆಗೆಸಿಹಾಕಿದ್ದಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೮. ಹೌದಾದರೆ ಯಾವ ಕಾರಣದಿಂದ?

೧. ಈಗಾಗಲೇ ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವಿದೆ ೨. ಹೆಣ್ಣು ಮಗುವೇ ಬೇಡ

೩. ಮುಂದೆ ತೊಂದರೆ ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ೪. ಇತರೆ

೯. ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುವಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೧೦. ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದೆಯಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೧೧. ಹೌದಾದರೆ ನಿಮಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿದವರು ಯಾರು ?

೧. ಎ.ಎನ್. ಎಂ. ೨. ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ ೩. ವೈದ್ಯರು ೪. ಇತರರು.

೧೨. ನೀವು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದಾಗ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ನೀಡುವ ವಿಟಮಿನ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರಾ?

೧೩. ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲವಾದರೆ ಯಾಕೆ ?

೧೪. ನೀವು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ನಂತರ ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿ ಯಾವುದು ?

೧. ನಿತ್ಯ ನಿಯಮದ ಆಹಾರ ೨. ವಿಶೇಷ ಆಹಾರ (ಹಣ್ಣು, ಹಾಲು, ಮೊಟ್ಟೆ, ಮೀನು)

೧೫. ನೀವು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದಿನದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಆಹಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೀರಿ?

೧. ಒಂದು ಸಲ ೨. ಎರಡು ಸಲ ೩. ಮೂರು ಸಲ ೪. ನಾಲ್ಕು ಸಲ

೧೬. ನಾಲ್ಕು ಸಲ ಆಹಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಾದರೆ ಯಾವ ಕಾರಣದಿಂದ ?

೧. ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ೨. ನಿಮಗೆ ಹಸಿವು ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ

೩. ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಒತ್ತಾಯದ ಮೇರೆಗೆ

ಋತುಚಕ್ರದ ಅರಿವು

೧. ನಿಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳ ಆರಂಭಿಕ ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಕೊಡುತ್ತಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೨. ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದಾದರೆ ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅವಳಿಗೆ ಹೇಳುತ್ತೀರಿ ?

೩. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಯಾಕೇ ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ ಕಾರಣ ಕೊಡಿ ?

೧. ಸಂಕೋಚ ೨. ಋತುಚಕ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಇಲ್ಲ

೪. ನಿಮ್ಮ ಋತುಸ್ರಾವ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಸರಿಯಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆಯೇ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೫. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುವಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೬. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಯಾಕೇ ಸಂಪರ್ಕಿಸುವುದಿಲ್ಲ ?

೧. ಹಣಕಾಸಿನ ತೊಂದರೆ ೨. ಸಂಕೋಚ ೩. ಇತರ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಯ

೭. ಋತುಚಕ್ರದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಇರುತ್ತದೆಯೇ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೮. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಕೆಳಗಿನವುಗಳ ಯಾವ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರಾ ?

೧. ಮಾನಸಿಕ ವೇದನೆ ೨. ಸೊಂಟನೋವು, ಆಯಾಸ, ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಕೈಕಾಲು ನೋವು ೩. ಅತಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ

೯. ಅತಿರಕ್ತಸ್ರಾವ ಆಗುವುದರಿಂದ ನಿಮ್ಮ ದೇಹದಿಂದ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಎನ್ನುವ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನಿಮಗೆ ಇದೆಯಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೧೦. ರಕ್ತಹೀನತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಕುರಿತು ಅರಿವಿದೆಯಾ ?

೧. ಹೌದಾದರೆ ವಿವರಿಸಿ ೨. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಯಾಕೆ

೧೧. ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಪ್ರತಿನಿತ್ಯ ಸೇವಿಸುವಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೧೨. ಇಲ್ಲವಾದರೆ ಕಾರಣವೇನು ?

೧. ಬಡತನ ೨. ಹೆಣ್ಣು ಎನ್ನುವ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ

೧೩. ಋತುಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶುಚಿತ್ವವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗೆ ಹೇಗೆ ?

೧. ಶುದ್ಧವಾದ ಕಾಟನ್ ಬಟ್ಟೆ ೨. ನ್ಯಾಪಕೀನ್‌ಗಳು

೧೪. ೩೦-೩೫ ವರ್ಷದೊಳಗಡೆ ಮುಟ್ಟುನಿಲ್ಲುವುದನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೧೫. ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಾದರೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರಾ ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

೧೬. ಮಹಿಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಸಲಹೆಗಳೇನು ?

■■■

ಗ್ರಂಥಋಣ

ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

ಪರಾಮರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು

ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

೧. ಉಷಾ ಎಂ;೨೦೦೪; **ಮಹಿಳಾ ಚಳುವಳಿ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ವಿಷಯಗಳು**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೨. **ಕರ್ನಾಟಕ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ**; ೨೦೦೫;ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೩. ಕಲ್ಲಾಪೂರ ಪಿ.ಬಿ; ೧೯೮೭;**ಭಾರತದ ಗ್ಯಾಸಟಿಯರ್**, ಭಾರತದ ದೇಶಕೋಶ ಸಂಪುಟ ೪ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೪. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಟಿ.ಆರ್; ೨೦೦೧; **ಮಹಿಳೆ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೫. ದೇವರಾಜು ಅಂಕಪುರ. ಬಿ; ೨೦೦೨; **ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ**, ಸ್ಮಿತಾ ಪ್ರಕಾಶನ, ಕುವೆಂಪು ನಗರ ಮೈಸೂರು.

೬. ನೇಮಿಚಂದ್ರ;೨೦೦೧; **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ**, ಅಂಕಿತ ಪುಸ್ತಕ ಬೆಂಗಳೂರು.

೭. ಪದ್ಮನಾಭರಾವ್ ವಿ.ಆರ್; ೨೦೦೧; **ಆಯುರ್ವೇದದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂತ್ರಗಳು**, ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು.

೮. ಪುರುಷೋತ್ತಮ ಬಿಳಮಲೆ; ೧೯೯೭; **ಕೂಡು ಕಟ್ಟು**, ಆನಂದಕಂದ ಗ್ರಂಥಮಾಲೆ ಮಲ್ಲಾಡಿಹಳ್ಳಿ

೯. ಬಿಜಲಾನಿ ಆರ್.ಎಲ್. ಮತ್ತು ಮಂಚಂದ ಎಸ್.ಕೆ; ೧೯೯೬; **ಮಾನವ ಯಂತ್ರ ಕುಸಿದು ಬೀಳದಂತೆ ತಡೆಯುವುದು ಹೇಗೆ** (ಅನು) ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ ಎಚ್.ಡಿ. ನ್ಯಾಷನಲ್ ಬುಕ್ ಟ್ರಸ್ಟ್, ಇಂಡಿಯಾ.

೧೦. ರಾಮಕೃಷ್ಣ ಜಿ. (ಪ್ರ.ಸಂ), ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಸಿ.ಆರ್. ರಾಜಣ್ಣ ಎಂ.ಎಸ್;೧೯೯೭; **ಜನಾರೋಗ್ಯ**, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೧. ರಾಜಶೇಖರ್ ಎಸ್ ಮತ್ತು ರಾಜೇಶ್ ಆರ್; ೨೦೦೩; **ಜನಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರ**, ಭ್ರಮರ ಪ್ರಕಾಶನ, ಶಿವಮೊಗ್ಗ.

೧೨. ಶಂಕರ ಪಿ.ಎಸ್. (ಸಂ); ೧೯೯೫; **ವೈದ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

೧೩. ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್.ಎಸ್; ೨೦೦೪; **ಹೆಣ್ಣು ಹೆಂಗಸು**, ಬ್ಯಾಲದಕೆರೆ ಪ್ರಕಾಶನ, ಮಂಡ್ಯ ಜಿಲ್ಲೆ.

೧೪. ಸತ್ಯನಾರಾಯಣ ಟಿ.ಎಸ್; ೨೦೦೦; **ದಾಂಪತ್ಯ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ**, ಕನ್ನಡ ವೈದ್ಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್ತು (ರಿ) ಮೈಸೂರು.

೧೫. ಸಿದ್ದಗಂಗಮ್ಮ;೨೦೦೪; **ಗ್ರಾಮೀಣ ಕುಡಿಯುವ ನೀರು ಮತ್ತು ನೈರ್ಮಲ್ಯ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

೧೬. ಸುಬ್ರಾಮ್ ಬಿ.ಎಸ್; ೧೯೮೬; **ಹೋಮಿಯೋಪಥಿ ಸ್ವಯಂ ಚಿಕಿತ್ಸಾದರ್ಪಣ**, ಜನಪದ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೭. ಹಿರೇಮಠ ಎಸ್.ಎಸ್;೧೯೯೧; **ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ನಡೆದು ಬಂದ ದಾರಿ**, ಶಿವಪ್ರಶಾಂತ, ಪ್ರಕಾಶನ, ಗುಲಬರ್ಗಾ.

೧೮. Basu S.C; 1997; **Hand book of Preventive & Social medicine**, Current books International.

ನಿಯತಕಾಲಿಕೆಗಳು

೧. ಜೈನ್ ಎಲ್.ಸಿ; ೨೦೦೫; ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ: ನನಸಾಗದ ಕನಸು, **ಪ್ರಜಾವಾಣಿ** ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಡಿಸೆಂಬರ್).

೨. ನೀರಜಾ ಪ್ರಿಯ; ೧೯೯೯; ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು, **ದಿಕ್ಸೂಚಿ**, ನವೆಂಬರ

೩. ಮಹಾಬಲರಾಜು ಡಿ.ಕೆ; ನವೆಂಬರ್ ೨೦೦೫; 'ಆರೋಗ್ಯ ಅಂದರೆ ಏನು?', **ಹೊಸತು**, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೪. ಲೀಲಾ ಲೇಪಾಕ್ಷ; ೨೦೦೭; ಹನ್ನೊಂದನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಯ ಗುರಿ ತಲುಪಬಲ್ಲವೇ?, **ವಿಜಯ ಕರ್ನಾಟಕ** ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಜನವರಿ).

೫. ಶ್ರೀನಿವಾಸ್ ಎಸ್;೨೦೦೨; 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶುಶ್ರೂಷಾ ಸೇವೆ: ಭವಿಷ್ಯ ಸವಾಲುಗಳು, **ಯೋಜನಾ**, ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ, ಬೆಂಗಳೂರು.

■■■

ಪರಾಮರ್ಶನ ಗ್ರಂಥಗಳು

೦೧. ಅಜೀಜ್, ಅಬ್ದುಲ್ ಮತ್ತು ವಾಸುಕಿ ಕೆ.ಜಿ. (ಸಂ); ೧೯೯೭; **ಕರ್ನಾಟಕದ ಆರ್ಥಿಕತೆ,** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ

೦೨. ಅಂತಸ್ತಿನ ಅನ್ವೇಷಣೆ ಕರ್ನಾಟಕ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮಹಿಳೆಯರ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ವರದಿ:೧೯೯೮: ಪ್ರಕಾಶನ; ಉಚ್ಛ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಭಾರತೀಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆವರಣ ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೩. ಅನ್ನಪೂರ್ಣೇಶ್ವರಿ. ಎನ್; ೨೦೦೨; **ಮಹಿಳಾ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು** ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಮಾನವಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಮೈಸೂರು.

೦೪. ಅಮರೇಶ ನುಗಡೋಣಿ; ೨೦೦೩; **ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕ ಹಾಡು-ಪಾಡು,** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೦೫. ಇಂದಿರಾ ಆರ್; ೨೦೦೨; **ಮಹಿಳೆ ಸಮಾಜ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ,** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ,ಹಂಪಿ

೦೬. ಒಡೆಯರ್ ಡಿ. ಹೆಗ್ಗಡೆ ಮತ್ತು ಅನ್ನಪೂರ್ಣೇಶ್ವರಿ; ೨೦೦೬; **ಭಾರತದ ಆರ್ಥಿಕಾಭಿವೃದ್ಧಿ,** ಅರ್ಜನ್ ಪಬ್ಲಿಷಿಂಗ್ ಹೌಸ್, ರಾಮಕೃಷ್ಣನಗರ ಮೈಸೂರು.

೦೭. ಒಡೆಯರ್ ಡಿ. ಹೆಗ್ಗಡೆ ಮತ್ತು ಅನ್ನಪೂರ್ಣೇಶ್ವರಿ; ೨೦೦೬; ಮಹಿಳಾ ಹಕ್ಕುಗಳು, ಅರ್ಜುನ್ ಪಬ್ಲಿಷಿಂಗ್ ಹೌಸ್, ರಾಮಕೃಷ್ಣನವರ ಮೈಸೂರು.

೦೮. ಕಾಮಿನಿ ವಿ. ರಾವ್; ೧೯೯೪; **ಬಂಜೆತನ ತಪಾಸಣೆ-ನಿವಾರಣೆ,** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಬೆಂಗಳೂರು.

೦೯. ಕಿಶೋರಿ ನಾಯಕ್ ಕೆ; ೧೯೯೯; ಸ್ತ್ರೀವಾದದ ನೆಲೆಗಳು ಮತ್ತು ನಿಲುವುಗಳು, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಮಂಗಳೂರು ವಿ.ವಿ ಮಂಗಳೂರು.

೧೦. ಕೃಷ್ಣ.ಜೆ ;೨೦೦೦; ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಆಯಾಮಗಳ ಅಧ್ಯಯನ, ಅಪ್ರಕಟಿತ ಪಿಎಚ್.ಡಿ ಮಹಾಪ್ರಬಂಧ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೧೧. ಖೊರ್ಷೆದ್ ಎಂ. ಪಾವ್ರಿ; ೧೯೯೨; ಏಡ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸವಾಲು, (ಅನು) ಓಂ ಪ್ರಕಾಶ್, ನ್ಯಾಷ್ಯನಲ್ ಬುಕ್ ಟ್ರಸ್ಟ್, ಇಂಡಿಯಾ ಹೊಸ ದೆಹಲಿ.

೧೨. ಗಾಯತ್ರಿ. ಎನ್;೧೯೯೧; ಮಹಿಳೆ ಬಿಡುಗಡೆಯ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೩. ಗಾಯತ್ರಿ. ಎನ್;೧೯೯೮; ಮಹಿಳಾ ಚಳುವಳಿಯ ಮಜುಲುಗಳು, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೪. ಗಿರಿಜ. ಟಿ;೨೦೦೨; ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ದಾದಿಯರ ವೃತ್ತಿ, ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್ತು, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೫. ಗುರುಮೂರ್ತಿ. ಕೆ.ಜಿ; ೧೯೭೯; ಜನಪದ ಸಮಾಜ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ, ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಧಾರವಾಡ.

೧೬. ಗೋದಾವರಿ ಪರುಳೇಕರ್; ೨೦೦೦; ಮಾನವ ಎಚ್ಚೆತ್ತಾಗ, ಅನು: ಸರಸ್ವತಿ ರಿಸಬೂಡ್, ಅಧ್ಯಯನ ಪ್ರಕಾಶನ, ಶಿರಸಿ ಉತ್ತರ ಕನ್ನಡ.

೧೭. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಟಿ.ಆರ್; ೧೯೯೩; ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಿಮಾಂಸೆ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೧೮. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಸಿ.ಆರ್; ೧೯೯೪; ಸಾಮಾಜಿಕ ನಂಬಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ನರವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆ ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೯. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಟಿ.ಆರ್; ೧೯೯೯; ಅಮರ್ತ್ಯಸೇನರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಥನ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೨೦. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಟಿ.ಆರ್(ಸಂಯೋಜಕರು); ೧೯೯೯; ಕರ್ನಾಟಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾಹಿತಿಕೋಶ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೨೧. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಟಿ.ಆರ್(ಸಂಯೋಜಕರು); ೧೯೯೯; ಜಿಲ್ಲಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ, ಕೊಪ್ಪಳ ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೨೨. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಟಿ.ಆರ್; ೨೦೦೪; ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣ, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೨೩. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಸಿ.ಆರ್; ೨೦೦೪; **ಕಾಯಿಲೆಯ ಕಾರಣಗಳು ನಿಮ್ಮ ನಂಬಿಕೆ ಎಷ್ಟು ಸರಿ?.,** ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೪. ಚಂದ್ರಪೂಜಾರಿ ಎಂ; ೨೦೦೪; **ಜನಾಯೋಜನೆ** (ಹೈದ್ರಾಬಾದ್-ಕರ್ನಾಟಕದ ಅನುಭವಗಳು) ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೨೫. ಚಂದ್ರಪೂಜಾರಿ ಎಂ; ೨೦೦೫; **ಸಮಾಜ ಸಂಶೋಧನೆ,** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೨೬. ಛಾಯಾದಾತಾರ್; ೧೯೯೨; **ಸ್ತ್ರೀ ಪುರುಷ,** (ಅನು) ಸರಸ್ವತಿ ರಿಸಬೂಡ, ಇಳಾ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೭. ಜ್ಯೋತ್ಸ್ನಾಕಾಮತ; ೧೯೯೯; **ಮಹಿಳೆ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನ,** ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೮. ತೇಜಸ್ವಿನಿ ನಿರಂಜನ, ಸೀಮಂತಿ ನಿರಂಜನ (ಸಂ); ೧೯೯೪; **ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಮರ್ಶೆ,** ಕನ್ನಡ ಸಂಘ ಕ್ರೈಸ್ಟ ಕಾಲೇಜ್, ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೯. ಧನ್ಯಕುಮಾರ ಇಜಾರಿ; ೨೦೦೪; **ಜೈನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಂಪರೆ,** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೩೦. ಧೋತ್ರೆ ಮತಿ; ೧೯೮೯; **ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಬೋಧಕರು,** ಧೋತ್ರೆ ಪ್ರಕಾಶನ ಗೋಗಿ, ಗುಲಬರ್ಗಾ.

೩೧. ನಾಯಕ ಹಾ.ಮಾ (ಪ್ರ.ಸಂ) ೧೯೭೦; **ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವಕೋಶ ಸಂಪುಟ - ೨,** ಕನ್ನಡ ಅಧ್ಯಯನ ಸಂಸ್ಥೆ ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ.

೩೨. ನಾಗೇಶ್ ಎಚ್.ವಿ; ೧೯೯೯; **ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಳುವಳಿಗಳು,** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕರ್ನಾಟಕ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಧಾರವಾಡ.

೩೩. ನಾಗಲೋಟಿ ಮಠ ಎಸ್.ಜೆ; ೨೦೦೦; **ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ,** ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ ಬೆಂಗಳೂರು.

೩೪. ನಾಯಕ ಡಿ. ಬಿ; ೨೦೦೩; **ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಸಮಾಜ,** ಬಂಜಾರಾ ಪ್ರಕಾಶನ ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ.

೩೫. ನಿರ್ಮಲಾ ಬ. ಏಣಗಿ; ೨೦೦೩; **ಆಹಾರ ಉತ್ಪಾದನೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣೆ ಪ್ರಸಾರಾಂಗ,** ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೩೬. ಪ್ರಕಾಶ ಸಿ.ರಾವ್; ೧೯೯೪; **ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಬಹುರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಔಷಧಿ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳು,** ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೩೭. ಪ್ರವೀಣ ಫರ್ನಾಂಡಿಸ; ೨೦೦೨; **೨೧ ನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಸಮಾನತೆ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಶಾಂತಿ,** ಐಬಿಎಚ್ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೩೮. ಪ್ರಭಾಕರ ಎ.ಎಸ್; ೨೦೦೪; **ಬುಡಕಟ್ಟು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮೀಮಾಂಸೆ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೩೯. ಪಾಟೀಲ ಎಂ.ಬಿ; ೧೯೯೭; **ಗುಲಬರ್ಗಾ ಜಿಲ್ಲೆ ಭಾರತದ ಗ್ಯಾಸೆಟಿಯರ್**, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ, ಕಾವೇರಿ ಭವನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೪೦. ಪಾಟೀಲ ಎಸ್.ಎಸ್; ೧೯೯೮; **ನಮ್ಮ ದೇಹವೇ ದೇಗುಲ**, ಚೇತನ ಪ್ರಕಾಶನ ಗುಲಬರ್ಗಾ.

೪೧. ಪ್ರೀತಿ ಶುಭಚಂದ್ರ; ೨೦೦೨; **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನದ ತಾತ್ವಿಕ ನೆಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಳುವಳಿಗಳು**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೪೨. ಪೂರ್ಣಿಮಾ ಟಿ.ಸಿ.; ೨೦೦೩; **ಆಧುನಿಕ ಸಂವಹನ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಕನ್ನಡದ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೪೩. ಬರಗೂರು ರಾಮಚಂದ್ರಪ್ಪ (ಸಂ); ೧೯೯೨; **ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯದಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀ ಸಂವೇದನೆಯ ಸ್ವರೂಪ**, ಕರ್ನಾಟಕ ಸಾಹಿತ್ಯ ಅಕಾಡೆಮಿ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೪೪. ಭಾರತ ಸರಕಾರ; ೧೯೮೫; **ಸಮಗ್ರ ಬಾಲವಿಕಾಸ ಸೇವಾ ಯೋಜನೆ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿ**, ಕೇರ್ ಇಂಡಿಯಾ, ನವದೆಹಲಿ.

೪೫. **ಭಾರತದ ಗ್ಯಾಸ್‌ಟಿಯರ್**, ಭಾರತ ದೇಶಕೋಶ ಸಂಪುಟ-೪; ೧೯೮೭; ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೪೬. ಬೋರಲಿಂಗಯ್ಯ ಹಿ.ಚಿ. (ಸಂ); ೨೦೦೫; **ಬುಡಕಟ್ಟು ಅಧ್ಯಯನ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೪೭. ಮಂಗಳಾ ಚಿ.ನ; ೧೯೯೦; **ಎಚ್ಚೆತ್ತ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೪೮. ಮಧುಕೀಶ್ವರ್; ೧೯೭೭; **ಮಾನುಷಿಯ ಮಾತು**, ಸಂಗ್ರಹಾನುವಾದ ಎಲ್.ಜಿ.ಮೀರಾ, ಅಕ್ಷರ ಪ್ರಕಾಶನ, ಸಾಗರ.

೪೯. ಮರುಳಸಿದ್ಧಯ್ಯ ಎಚ್.ಎಂ; ೧೯೯೪; **ಭಾರತ ಸಮಾಜಕಾರ್ಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ**, ಸಂಪುಟ ೧ ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೫೦. ಮರುಳಸಿದ್ಧಯ್ಯ ಎಚ್.ಎಂ; ೨೦೦೩; **ಸಮುದಾಯ ಸಂಘಟನೆ**, ಐಬಿಎಚ್ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೫೧. ಮರುಳಸಿದ್ಧಯ್ಯ ಎಚ್.ಎಂ.; ೨೦೦೫; **ಸಮಾಜ ಕಾರ್ಯ**, ಐಬಿಎಚ್ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೫೨. ಮಾಧವಗೌಡಗೀಳ, ರಾಮಚಂದ್ರಗುಹಾ ;೨೦೦೩; **ಪರಿಸರ ನ್ಯಾಯದ ತಕ್ಕಡಿಯಲ್ಲಿ** (ಅನು) ಶಾರದಾ ಗೋಪಾಲ, ಕನ್ನಡ ಪುಸ್ತಕ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೫೩. ಮೀರಾ ಬಿ.ಕೆ; ೧೯೯೪; **ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯವಿದ್ಯೆಯ ಪಿತಾಮಹ ಸುಶ್ರುತ**, ಕನ್ನಡ ಪುಸ್ತಕ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೫೪. ಮುರಳೀಧರ ವೈ.ಜಿ; ೨೦೦೧; **ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ**, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೫೫. ಮೈಥಿಲಿ ಶಿವರಾಮನ್; ೧೯೮೬; **ವಿಮೋಚನೆಯೆಡೆಗೆ**, (ಅನು) ಸುಮಿತ್ರಾಬಾಯಿ ಬಿ. ಎನ್. ಮತ್ತು ವಿಜಯಾದಬ್ಬೆ, ಸಮತಾ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇಂದ್ರ, ಮೈಸೂರು.

೫೬. ರಹಮತ ತರೀಕೆರೆ (ಸಂ); ೨೦೦೦; **ಧರ್ಮ**, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ-೨ ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೫೭. ರಾಮರಾವ್ ಎಸ್.ವಿ; ೧೯೭೪; **ಸಮಾಜ ಆರೋಗ್ಯ**, ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಬೆಂಗಳೂರು.

೫೮ . ರೇಣುಕಾರ್ಯ ಎಂ.ಬಿ; ೨೦೦೧; **ಹೆಣ್ಣು ದೈಹಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು** (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಲೇಖನಗಳ ಸಂಕಲನ) ಸಂಪುಟ-೨, ಅಳಿಲು ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಬಸವನಗುಡಿ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೫೯. ಲೀಲಾವತಿ ದೇವದಾಸ್; ೧೯೯೯; **ಹೆಣ್ಣೇ ನಿನ್ನಆರೋಗ್ಯ ಕಾಪಾಡಿಕೋ** ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪರಿಷತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರು.

೬೦. ಲೀಲಾ ಸಿಂಪಿಗೆ; ೨೦೦೫; **ವೇಶ್ಯಾವಾಟಿಕೆ ಒಂದು ಅಧ್ಯಯನ**, ನೆಲೆ ಅಕಾಡೆಮಿ ಪ್ರಕಾಶನ.

೬೧. ವಸುಂಧರಾ ಭೂಪತಿ (ಸಂ); ೨೦೦೩; **ಸ್ತ್ರೀ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸೂತ್ರಗಳು**, ರಚನಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ ಬೆಂಗಳೂರು.

೬೨. ವಿಜಯಾದಬ್ಬೆ; ೧೯೯೭; **ನಾರಿ-ದಾರಿ-ದಿಗಂತ**, ರಚನಾ ಪ್ರಕಾಶನ, ಮೈಸೂರು.

೬೩. ವಿಜಯ ಶ್ರೀ ಸಬರದ (ಸಂ); ೨೦೦೫; **ಮಹಿಳೆ ಶೋಷಣೆ ಸವಾಲುಗಳು**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ.

೬೪. ವೀಣಾ ಶಾಂತೇಶ್ವರ (ಸಂ); ೧೯೯೩; **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ**, ಎಚ್.ವಿ.ನಾಗೇಶ್ ಅಭಿನಂದನ ಗ್ರಂಥ ಧಾರವಾಡ.

೬೫. ವೆಂಕಟೇಶ್ ಕೆ (ಸಂ); ೨೦೦೬; **ಹೈದ್ರಾಬಾದ- ಕರ್ನಾಟಕ ವರ್ತಮಾನದ ತಲ್ಲಣಗಳು**, ಪಲ್ಲವ ಪ್ರಕಾಶನ ಬಳ್ಳಾರಿ.

೬೬. ಶಮಂತ; ೨೦೦೧; **ದುಡಿತ ಮಿಡಿತ**, ಐಬಿಎಚ್ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೬೭. ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್. ಎಸ್; ೨೦೦೨; **ಗರ್ಭಾಶಯ: ಮಹಿಳೆಯ ಶಕ್ತಿಕೇಂದ್ರ** ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೬೮. ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್. ಎಸ್ (ಸಂ); ೨೦೦೨; ಜೀವಜಗತ್ತು, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ವಿಶ್ವಕೋಶ-೫, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೬೯. ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್.ಎಸ್; ೨೦೦೪; **ಸ್ತ್ರೀವಾದ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೭೦. ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್.ಎಸ್; **ಚಹರೆ**, ಇಳಾಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೭೧. ಶ್ರೀಮತಿ ಎಚ್.ಎಸ್. (ಸಂ); ೨೦೦೬; **ಕನ್ನಡ ಮಹಿಳಾ ಸಾಹಿತ್ಯ ಚರಿತ್ರೆ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೭೨. ಶೆಲ್ಲಿಕೇರಿ ಎಚ್. ಪಿ; ೨೦೦೩; **ಗ್ರಾಮೀಣಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಪಂಚಾಯಿತಿ ರಾಜ್ ಇಲಾಖೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು**, ಮಹಾಂತೇಶ ಬುಕ್ ಡಿಪೋ ಬಾಗಲಕೋಟ.

೭೩. ಸತ್ಯನಾರಾಯಣ ಬಿ.ಟಿ; ೨೦೦೦; **ಏಡ್ಸ್**, ನೆಲಮನೆ ಪ್ರಕಾಶನ ಶ್ರೀರಂಗಪಟ್ಟಣ, ಮಂಡ್ಯ ಜಿಲ್ಲೆ.

೭೪. ಸರೋಜ ಕೆ; ೨೦೦೧; **ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೭೫. ಸ್ವಾಮಿ ಬಿ.ಎಸ್; ೧೯೮೮; **ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ**, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ.

೭೬. ಸುಲೋಚನ ಗುಣಶೀಲ; ೧೯೭೯; **ಬಂಜೆತನ**, ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಬೆಂಗಳೂರು.

೭೭. ಸುಮಿತ್ರಬಾಯಿ ಬಿ.ಎನ್ ಮತ್ತು ಗಾಯತ್ರಿ ಎನ್ (ಸಂ); ೧೯೯೫; **ಸ್ತ್ರೀವಾದಿ ಪ್ರವೇಶಿಕೆ**, ಕರ್ನಾಟಕ ಲೇಖಕಿಯರ ಸಂಘ ಬೆಂಗಳೂರು.

೭೮. ಸುನಂದಾ ಕುಲಕರ್ಣಿ; ೧೯೯೮; **ಗರ್ಭಿಣಿಯರ ಕೈಪಿಡಿ**, ಅಂಕುರ ಪ್ರಕಾಶನ, ಬಸವೇಶ್ವರ ನಗರ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೭೯. ಸುಳಕೂಡೆ ಸ.ರಾ; ೧೯೯೯; **ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯಾಶಾಸ್ತ್ರ**, ಪ್ರಕಾಶಕರು, ಶ್ರೀ ಕಲ್ಯಾಣರಾವ ಮುಚಳಂಬಿ, ಬೆಳಗಾವಿ.

೮೦. ಸುನಂದಾ ಕುಲಕರ್ಣಿ; ೧೯೯೯; **ಮುಟ್ಟಿನ ಅಂತ್ಯ ಹಾಗೂ ಮುಪ್ಪು**. ಕರ್ನಾಟಕ ಬುಕ್ ಏಜೆನ್ಸಿ, ಗಾಂಧಿನಗರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೮೧. ಸುನಂದಮ್ಮ ಕುಲಕರ್ಣಿ; ೨೦೦೧; **ಮಧ್ಯಮಯಸ್ಸಿನ ಮಹಿಳೆಯರ ಕಾಯಿಲೆಗಳು**, ಪಿ. ಎಸ್ ಶಂಕರ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ.

೮೨. Dak, T.m (Ed); 1991; **Socialogy of Health in India**, Rawat, New Delhi

೮೩. Das Gupta ; 1995; **Women's Health in India-Risk and Vulnerability,** OUP, New Delhi.

೮೪. Government of Karnataka : 1994; **The State Programme of Action for the Child**, Department of Women and Child Development, Banglore.

೮೫. Mira Seth; 2001; **Women and Development-The Indian Experience**, SAGE Publications, New Delhi.

೮೬. Niranjna; 2000; **Status of Women and Family Welfare**, Kanishik Publishers, Distributors, New Delhi.

೮೭. Pruthi, Belarani Sharma; 1994; **Encyclopedia of Women Society Culture**, Anmol, New Delhi.

೮೮. Ramu G.N; 1988; **Family Structure and Fertility**, SAGE Publications New Delhi.

೮೯. Savita Thakur Joshi; 1999; **Women and Development-The Changing Scenario**, MITAL Publications, New Delhi.

೯೦. Tripta Desai; 1992; **Women in India**, munshiram mohanlal, New Delhi.

೯೧. Upadyay H.C; 1991; **Status of Women in India** (vol. 1), Anmol Publications, New Delhi.

ಪತ್ರಿಕೆಗಳು

೧. ಆಶೀಶ ಬೋಸ್; ಆಗಸ್ಟ್ ೨೦೦೦; 'ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸ್ಥಿರತೆ: ಪ್ರಗತಿ ಮತ್ತು ಆತಂಕಗಳು', **ಯೋಜನಾ** ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨. ಗಿರಿಜ ಎಸ್; ೧.೪.೨೦೦೭; 'ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವ ಹಂತ', **ಉದಯವಾಣಿ** ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಆರೋಗ್ಯವಾಣಿ)

೩. ಗೌತಮ ಆರ್.ಚೌಧರಿ; ೧.೧೨.೨೦೦೫; 'ಏಡ್ಸ್: ನಾವೆಷ್ಟು ಜಾಗೃತ?', **ಪ್ರಜಾವಾಣಿ** ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಆರೋಗ್ಯ ದರ್ಶನ)

೪. ಗೌರಿ; ಮೇ ೨೦೦೨; 'ಜಾಗತೀಕರಣ - ಒಂದು ನೋಟ', **ಅಚಲ**, ಜಾಗೃತಿ ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇಂದ್ರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೫. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಟಿ.ಆರ್;ಫೆಬ್ರವರಿ ೨೦೦೨; 'ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆಗಳು', **ಅಚಲ**, ಜಾಗೃತಿ ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇಂದ್ರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೬. ಚಿಕ್ಕಮಠ ಆರ್.ಎಲ್; ೩.೭.೨೦೦೫; 'ಅನಾ(ಆ)ರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು', **ವಿಜಯ ಕರ್ನಾಟಕ** ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಸಾಪ್ತಾಹಿಕ ವಿಜಯ)

೭. ನಜ್ಮಾ ಹೆಪ್ತುಲ್ಲಾ; ಆಗಸ್ಟ್-೨೦೦೦; 'ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರ ಪಾತ್ರ', **ಯೋಜನಾ**, ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೮. ನೀಲಾಂಜನ ಬಿಸ್ವಾಸ್; ಜನವರಿ ೨೦೦೨; "ಹಣನೀಡಿ - ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆ" - ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಯ ಕರಡು ಪ್ರತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದು ವಿಮರ್ಶೆ', **ಮಾನಸ**, ಬೆಂಗಳೂರು.

೯. ಪದ್ಮನಾಭನ್ ಎಸ್; ಮಾರ್ಚ್ ೨೦೦೦; 'ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ : ನಮ್ಮ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲುಗಳು', **ಯೋಜನಾ**, ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಂಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೦. ಪದ್ಮರಾಜ ದಂಡಾವತಿ; ೨೦.೧೧.೨೦೦೪; 'ಹೆಣ್ಣು ಕೂಸು : ತಾರತಮ್ಯ ಏಕೆ?, **ಪ್ರಜಾವಾಣಿ** ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಭೂಮಿಕಾ)

೧೧. ಪಾರ್ವತಿ ಜಿ. ಐತಾಳ; ೭.೧೨.೨೦೦೬; 'ಎಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಕೆಲವು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸತ್ಯಗಳು', **ಸುಧಾ**, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೨. ಪೂರ್ಣಿಮಾ ಮಾನೆ; ಜುಲೈ ೨೦೦೪; 'ಫೆಮಿನೈಸೇಷನ್ ಆಫ್ ಏಡ್ಸ್', **ಅಚಲ**, ಜಾಗೃತಿ ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇಂದ್ರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೩. ಪ್ರಕಾಶ ಸಿ.ರಾವ್; ಜೂನ್ ೨೦೦೧; 'ಜಾಗತೀಕರಣ ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ', **ಅಚಲ**, ಜಾಗೃತಿ ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ ಕೇಂದ್ರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೪. ಪ್ರಕಾಶ ಸಿ. ರಾವ್; ಜನವರಿ ೨೦೦೩; 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಜಾಗತೀಕರಣದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ', **ಹೊಸತು**, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೫. ಮಂಜುಳಾ ಸಿ.ಜಿ ; ೧೨.೨.೨೦೦೪; 'ಆರೋಗ್ಯದ ಮೂಲಕ ಮಹಿಳೆಯ ಸಶಕ್ತೀಕರಣ', **ಸುಧಾ**, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೬. ರಜನಿ ಎಂ.ಜಿ; ೧.೧.೨೦೦೬; 'ಹೆರಿಗೆಯ ನೋವು', **ವಿಜಯ ಕರ್ನಾಟಕ**, ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಸಾಪ್ತಾಹಿಕ ವಿಜಯ).

೧೭. ರಾಜಣ್ಣ ಎಂ.ಎಸ್; ೪.೪.೨೦೦೬; 'ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಒಟ್ಟಿಗೇ ದುಡಿಯೋಣ', **ವಿಜಯ ಕರ್ನಾಟಕ** ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜಯ)

೧೮. ರೇಣುಕಾ ಪ್ರಸಾದ್ ಹಾಡ್ಯ; ೧೦.೯.೨೦೦೭; 'ಕುಂಟುತ್ತಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ', **ಕನ್ನಡ ಪ್ರಭ** ದಿನ ಪತ್ರಿಕೆ.

೧೯. ಶಂಕರ ಎಂ. ಎನ್. (ಅನು); ಆಗಸ್ಟ್ ೨೦೦೦; 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ನೀತಿ', **ಯೋಜನಾ** ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೦. ಶಶಿಧರ್ ಎಚ್; ಮಾರ್ಚ್ ೨೦೦೧; 'ಜನಗಣತಿ ೨೦೦೧ ರ ಮಹತ್ವ, ಹೊಸ ಲಕ್ಷಣಗಳು : ಸ್ವರೂಪ', **ಯೋಜನಾ**, ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೧. ಶ್ರೀನಿವಾಸ ಸಿರನೂರಕರ್; ೩.೧೨.೨೦೦೬; ಎಚ್.ಐ.ವಿ ಕಳಂಕ : ಸೋಂಕಿಗಿಂತಲೂ ಮಾರಕ, **ಕರ್ಮವೀರ**, ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೨. ಶ್ರೀರಾಮ ಯರನಕರ್; ಮಾರ್ಚ್ ೨೦೦೧; 'ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳು', **ಯೋಜನಾ**, ಸಮಾಚಾರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸಾರ ಸಚಿವಾಲಯ, ಭಾರತ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೩. ಸುರೇಶ ಹೆಗ್ಡೆ; ಏಪ್ರಿಲ್ ೨೦೦೭; 'ಕಾರ್ಪೋರೇಟ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಶ್ರೀಸಾಮಾನ್ಯರ ಆರೋಗ್ಯ', **ಹೊಸತು**, ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ ಬೆಂಗಳೂರು.

೨೪. ಸೂರ್ಯಕಾಂತ ಎಂ.ಡಿ; ೨೬.೧೧.೨೦೦೫; 'ಗರ್ಭಸ್ಥ ಶಿಶುವಿಗೆ ಏಡ್ಸ್ ಭೀತಿ', **ಪ್ರಜಾವಾಣಿ**, ದಿನಪತ್ರಿಕೆ (ಭೂಮಿಕಾ)

೨೫. ಏಪ್ರಿಲ್ ೧೯೯೮ : 'ಒಂಬತ್ತನೆಯ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ ಯೋಜನೆ ಕರಡು', **ದಿಕ್ಸೂಚಿ**

೨೬. ಅಗಸ್ಟ್ ೨೦೦೨ : 'ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ೨೦೦೨', **ದಿಕ್ಸೂಚಿ.**

೨೭. **ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಅಧ್ಯಯನ** ; ೨೦೦೫; ಸಂಪುಟ -೪, ಸಂಚಿಕೆ -೧, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೨೮. **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ**; ಜುಲೈ ೧೯೯೯; ಸಂಪುಟ -೧ ಸಂಚಿಕೆ -೨, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೨೯. **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ**; ಜನವರಿ ೨೦೦೦; ಸಂಪುಟ -೨ ಸಂಚಿಕೆ -೧,ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ

೩೦. **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ**; ಜನವರಿ ೨೦೦೧; (ವಿಶೇಷ ಸಂಚಿಕೆ), ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ ಹಂಪಿ.

೩೧. **ಮಹಿಳಾ ಅಧ್ಯಯನ**; ಜುಲೈ - ಡಿಸೆಂಬರ್ -೨೦೦೬; ಸಂಪುಟ-೮ ಸಂಚಿಕೆ -೨, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಹಂಪಿ.

೩೨. Basu, Malwada Alka ; 1993; Women`s Role and Gender gap in Health & Survival, **Epw**, vol-28, No.43, Pp.2356-62

೩೩. JeeJeebhoy; 1997; Addressing Women`s Reproductive Health Needs; Priorities for family welfare programme, **Epw,** vol.32, No.9 and 10, Pp.475-484.

೩೪. Mishra, Rajesh; 1997; Female Health workers; Problems and Implications, **Epw**, vol.32, No.43, Pp, 2791-93

೩೫. Mukharjee, A.K; 1998; Health Care; A Basic input in Development, **Yojana**, vol.42, No.8, Pp.65-68.

೩೬. Rajeshwari ; 1996; Gender Bias in Utilisation of Health Care Facilities in Rural Hariyana, **Epw,** vol.1 31, No.8, Pp.489-494.

ವರದಿ ಮತ್ತು ಕೈಪಿಡಿಗಳು

೧. ಕಲ್ಯಾಣಿ ಮೆನನ್ ಸೆನ್, ಶಿವಕುಮಾರ ಎ.ಕೆ; ೨೦೦೩; ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಎಷ್ಟು ಮುಕ್ತರು? ಎಷ್ಟು ಸಮಾನರು?, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಸಂಸ್ಥೆಯ ನಿವಾಸಿ ಸಂಯೋಜಕರಿಂದ ನಿಯೋಜಿತ ವರದಿ.

೨. ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಎಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಸ್ಥಿತಿಗತಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ; ೨೦೦೪; ಕರ್ನಾಟಕ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್‌ನ ಸವಾಲಿಗೆ ಸನ್ನದ್ಧವಾಗಿದೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್‌ಷನ್ ಸೊಸೈಟಿ, ಬೆಂಗಳೂರು ೨೦೦೩.

೩. ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಗ್ರ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ;೨೦೦೧; ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಇಲಾಖೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ಸರಕಾರ ಬೆಂಗಳೂರು.

೪. ಡೇವಿಡ್ ವರ್ನರ್, 'ಎಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲವೋ ಅಲ್ಲಿ' ಒಂದು ಗ್ರಾಮದ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯ ಕೈಪಿಡಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಸಚಿವಾಲಯ, ನವದೆಹಲಿ.

೫. ತಾಯಿ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕುಟುಂಬದ ಸೌಭಾಗ್ಯ, ಸಮೂಹ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಮಾಧ್ಯಮ ವಿಭಾಗ ರಾಜ್ಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಕಾರ್ಯಾಲಯ ಬೆಂಗಳೂರು.

೬. ನವಜಾತ ಶಿಶು ಮತ್ತು ಬಾಲ್ಯಾವಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಸಮಗ್ರ ನಿರ್ವಹಣೆ (ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಕೈಪಿಡಿ) ಯೋಜನಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು ಬೆಂಗಳೂರು-೨೦೦೭

೭. ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘದ ಸದಸ್ಯರಿಗಾಗಿ, (ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ, ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕೈಪಿಡಿ) ಆರೋಗ್ಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು-೧೯೯೪

೮. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ೨೦೦೫ - ೨೦೧೨, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ.

೯. ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಕೈಪಿಡಿ. ಮೂಲ; ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಸ್ಥೆ, ನವದೆಹಲಿ, (ಅನು) ರಾಜ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೆಂಗಳೂರು. ಭಾರತ ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಯೋಜನೆ - ೯, (ಕ), ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೦. ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸೇವೆಗಳ ಯೋಜನೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ 'ಕೇರ್' ನೆರವಿನ ಪೂರಕ ಪೌಷ್ಠಿಕ ಆಹಾರ ಕುರಿತು ಕೈಪಿಡಿ, ಕೇರ್ - ಕರ್ನಾಟಕ - ೧೯೯೨.

೧೧. ಸಹಾಯಕ ಸೂಲಗಿತ್ತಿ ದಾದಿಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ಕೈಪಿಡಿ, ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಮಂತ್ರಾಲಯ ನವದೆಹಲಿ - ೧೯೯೬.

೧೨. **ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು (RCH)**, ರಾಜ್ಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಭಾಗ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು. (ಅನು) ನಾಗರಾಜ ಜಿ.ವಿ.

೧೩. **ಹದಿಹರೆಯದವರ ಆರೋಗ್ಯ ಕೈಪಿಡಿ**, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗಾಗಿ, ಐ.ಇ.ಸಿ. ವಿಭಾಗ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಚಿವಾಲಯ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ.

೧೪. **ಹೆಣ್ಣೇ! ಇನ್ನೇಕೆ ಮೌನ?**, ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಕುರಿತ ತರಬೇತಿಗೆ ತರಬೇತುದಾರರ ಕೈಪಿಡಿ. ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಏಡ್ಸ್ ಪ್ರಿವೆನ್‌ಷನ ಸೊಸೈಟಿ, ಬೆಂಗಳೂರು.

೧೫. Country Report; 1995; Fourth World Conference on women, Beijeng, GOI MHRD, New Delhi.

೧೬. UNDP. (1998), **Human Development Report 1998**, oup, Newyork.

೧೭. UNDP (1999), **Human Development Report 1999**, oup, Newyork.

■■■

ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು



ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ



ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ



ವಾಹನ ಮತ್ತು ರಸ್ತೆ ಸೌಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ
ಬಂಡಿ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡು ಬಂದಿರುವ ಮಹಿಳೆ



ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಬರುವ ಜನತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ
ಗೋಡೆ ಬರಹ ಹಾಗೂ ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳು







ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಬರುವ ಜನತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ
ಗೋಡೆ ಬರಹ ಹಾಗೂ ಭಿತ್ತಿಪತ್ರಗಳು



ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಮುಂದುಗಡೆ ಏಡ್ಸ್ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಟ್‌ಔಟ್



ಜನತೆಯಲ್ಲಿ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಕೇಂದ್ರದೆದುರಿನ ಫಲಕ



ಜನತೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುವ ರಸ್ತೆ ಬದಿಯ ಗೋಡೆ ಬರಹಗಳು



ಹಿರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ
ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಅರಿವು ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರುವುದು.



ಚರ್ಕಾ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯರಿಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಹಾಗೂ
ಲಿಂಗತ್ವದ ಕುರಿತು ತರಬೇತಿ ಶಿಬಿರ



ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಗಳಿಗೆ ನಡೆದ ತರಬೇತಿ/ಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ 'ನಿತ್ಯ ಜೀವನ'ದ ಸದಸ್ಯರು



ಪಿ.ಎಲ್.ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ.ಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ರಚನೆ ಕುರಿತ ಕಾರ್ಯಾಗಾರದ ಒಂದು ದೃಶ್ಯ



ಮೈರಾಡ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವತಿಯಿಂದ N.C.C.ಯುವಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಹಾಗೂ ಲಿಂಗತ್ವದ ಬಗೆಗೆ ಜಾಗೃತಿ ಮೂಡಿಸುವುದು



ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ತಪಾಸಣೆಗಾಗಿ ಕಾದಿರುವ ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಗಳು



ಇಂಜೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಸ್ಟಾಫ್‌ನರ್ಸ್



ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯರು ಮಹಿಳಾ ರೋಗಿಯನ್ನು, ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವುದು



ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಸ್ಟಾಫ್‌ನರ್ಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದು



ವೈದ್ಯರಿಲ್ಲದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಎ.ಎನ್.ಎಮ್ ಮಹಿಳೆಯ
ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವುದು



ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ಮಹಿಳೆಯರು



ಸಂತಾನಹರಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಮಹಿಳೆ ಮಂಚದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ನೆಲದಲ್ಲಿ ಮಲಗಿರುವುದು



ರೋಗಿಗಳ ಸಂಬಂಧಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಆವರಣದಲ್ಲಿ ಕಾಯುವ ರೀತಿ



ಮಗುವಿಗೆ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ ಮಗುವಿಗೆ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಲಸಿಕೆ ಹಾಕುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ



ಗರ್ಭಕೋಶದ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಂದರ್ಶನ



ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಎ.ಎನ್.ಎಮ್ ಮಗುವಿಗೆ ಪೋಲಿಯೋ ಲಸಿಕೆ ಹಾಕುತ್ತಿರುವುದು



ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಎ.ಎನ್.ಎಮ್ ಮಗುವಿಗೆ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ನೀಡುತ್ತಿರುವುದು



ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮದುವೆಯಾಗಿ ಗರ್ಭಧರಿಸಿ ರಕ್ತಹೀನತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಮಹಿಳೆಯನ್ನು
ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವುದು



ತುಕ್ಕು ಹಿಡಿದ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿ



ಬೆಡ್‌ಗಳ ಕೊರತೆ ಇರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ



ಗಬ್ಬೂರು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿನ ವಾಹನದ ದುರವಸ್ಥೆ



ಕಮಲಾಪುರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿರುವ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ